

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 28 mars 1908, à 1 heure

Par Georges DESCUSSES

ÉTUDE

SUR

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

ET

L'ACCOUCHEMENT MÉTHODIQUEMENT RAPIDE

POST-MORTEM ET PENDANT L'AGONIE

Président : M. PAUL BAR, professeur.

*Juges : { MM. HUTINEL, professeur.
BRINDEAU et NOBÉCOURT, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GABRIEL.
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
		DEJERINE.
Pathologie médicale		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE.
Histologie		PRENANT.
Operations et appareils		QUENU.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
		BERGER.
Clinique chirurgicale		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique		De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements		BAR.
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEME LIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LEPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBECOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL (chef
		des trav. anat.
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVERTISSEMENT

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet de thèse?

Le 2 août 1907, nous avons l'occasion d'exécuter l'opération césarienne post mortem sur une femme qui avait été soignée dans notre service, et que nous avons suivie pendant plusieurs mois. Et nous avons la chance, rare, s'il faut en croire les statistiques, d'extraire un enfant vivant, qui vit encore actuellement.

Un de nos maîtres, M. le D^r COURGEON, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, nous fit remarquer que cette observation méritait d'être publiée, et qu'il serait même très intéressant de faire une thèse sur ce sujet : la césarienne post mortem. Nous avons feuilleté les traités, les revues, et cette question nous a très vivement intéressé. C'est ainsi que nous avons été amené à rédiger ce travail.

A notre connaissance, les travaux récents sur ce sujet sont assez rares et assez incomplets.

Loin de nous la prétention d'avoir été complet. Mais nous avons celle d'avoir tenté de condenser en ce tra-

vail toutes les données actuelles, tous les travaux antérieurs.

Comme on oppose à la césarienne post mortem la césarienne pendant l'agonie et l'accouchement méthodiquement rapide post mortem et pendant l'agonie, nous avons été obligé, pour pouvoir traiter à fond cette question, d'opposer, dans chacun de nos chapitres, ces opérations les unes aux autres.

Nous commencerons donc en faisant l'historique du sujet, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, en continuant par l'exposé des cas dans lesquels ces opérations sont exécutées, l'exposé des problèmes qu'elles soulèvent, la valeur respective de chacune d'elles, la comparaison des statistiques et des observations, et nous terminerons par quelques considérations relatives aux observations que nous avons recueillies, avant de conclure.

Nous remercions notre ami, M. WAVRA, de nous avoir apporté une aide sérieuse dans la traduction des auteurs allemands. Tous nos remerciements vont à M. le D^r BRINDEAU qui nous a donné de multiples indications et a mis à notre disposition quelques volumes.

Nous devons également remercier M. le professeur BAR qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'opération césarienne est la plus ancienne des opérations des accoucheurs que nous ait transmises l'antiquité.

Il faut distinguer quatre périodes dans l'histoire de la césarienne post mortem, depuis la première opération en date jusqu'à nos jours. La première période s'étendrait depuis la première césarienne jusqu'au xvi^e siècle, la deuxième depuis le xvi^e siècle jusqu'au xviii^e, la troisième comprendrait tout le xviii^e siècle et la quatrième tout le xix^e siècle.

PREMIÈRE PÉRIODE. — La plupart des accoucheurs font remonter l'époque de la première césarienne post mortem à César, qui aurait donné son nom à cette opération, ayant été ainsi extrait du ventre de sa mère. C'est peu probable. L'origine de cette opération se perdrait dans la nuit des temps. Millot nous conte très sérieusement que, suivant la légende, Bacchus aurait été extrait, par césarienne, du ventre de Sémélé, par Mercure, et qu'Apollon lui-même attendit la mort de sa

femme Coronis pour en extraire le dieu de la médecine, Esculape. — Non seulement César lui devrait la vie, mais encore quelques individus célèbres dans l'antiquité : Lycus, Manilius, Scipion l'Africain. Toujours est-il que la loi royale, comme l'appelle Winckel, fut créée par Numa Pompilius. Cette loi est donc une loi romaine.

La loi de Pompilius fut maintenue par l'Église. En effet, tout enfant vivant, en état de péché originel, devait être baptisé. Et l'on sait l'importance que l'Église catholique attache à cette cérémonie religieuse. Peu lui importait l'époque de la gestation et l'aptitude de l'enfant à vivre. Il fallait que l'être vivant fût baptisé. Et alors l'opération césarienne post mortem était formellement recommandée par elle bien au-dessous de six mois. De plus, comme l'enfant, dans certains cas, peut mourir avant la mère, elle enjoignait de faire la césarienne sur la mourante. Tarnier dit que le simple bon sens ne recommande de faire la césarienne post mortem que si l'enfant est viable, c'est-à-dire bien au delà de six mois.

A ses débuts, il faut croire que cette opération donna de bien mauvais résultats, puisque ces résultats ne nous ont point été transmis.

Au xv^e siècle, un chirurgien vénitien, Guido da Caulacio, traitant de cette opération, recommande d'ouvrir le ventre de la femme avec un rasoir. Ambroise Paré émet le même avis. C'est à ce moment que commence la deuxième période, période où la césarienne fut très en vogue.

DEUXIÈME PÉRIODE. — En 1500, rapporte-t-on, un châtreur de porcs, Jean Nufer, pratiqua cette opération sur sa propre femme, avec un couteau. Le résultat fut doublement brillant, s'il en faut croire la tradition, puisque femme et enfant survécurent.

En 1536, Nicolas Massa, pratiquant la césarienne, extrait deux enfants qui survivent. A la même époque à peu près, la cité de Francfort fait publier des édits prescrivant d'ouvrir le ventre des femmes enceintes mortes avant l'accouchement.

En 1581, Rousset s'occupe de la question, la traite à fond dans un travail, et exécute lui-même l'opération. Il eut, paraît-il, sept cas heureux.

A cette époque, bien qu'elle fût tour à tour vantée et décriée, l'opération eut une grande vogue.

En 1630, on recommande, avant de faire l'opération, et en attendant le chirurgien, d'ouvrir et de tenir ouvertes les mâchoires de la femme morte, afin que l'air pût pénétrer jusqu'aux organes respiratoires du fœtus !

Mais bientôt se fit une réaction violente, à la suite des cas publiés de Rigaudeaux, de Douai, et de Trinchinetti. Le premier, en 1745, en présence d'une femme qu'on jugeait morte depuis deux heures, amène à la vulve, par version, un enfant vivant, et la mère ressuscite ! Le second, avant de se résoudre à faire la césarienne, sur une femme jugée morte également, examine les voies génitales, fait la version, amène un enfant, et la femme ressuscite !

TROISIÈME PÉRIODE. — Des accidents malheureux, en effet, étaient arrivés et toujours à craindre. Partout est

cité le cas de ce malheureux Philippe Peu qui, vers 1700, arrivant auprès d'une femme qu'il crut morte (pas de battements du cœur à la palpation, pas de vapeur d'eau sur un miroir approché de la bouche) pratique sur elle la césarienne ; immédiatement la femme se réveille et Peu s'enfuit, laissant là femme et enfant.

A ce moment, on conseille l'accouchement forcé. Pourtant, à propos de la césarienne, en 1760, la république de Venise fait rédiger et promulguer des règlements qui fixaient l'époque de la grossesse à laquelle on devait intervenir et le procédé qu'on devait employer.

En 1781, Baudelocque, Plenk, conseillent l'accouchement forcé.

A la même époque, suivant Tarnier, on commence à exécuter les opérations sur la femme vivante. En 1777, la symphyséotomie fait son apparition. Et là finit la troisième période.

QUATRIÈME PÉRIODE. — Elle commence avec le xix^e siècle. Et les documents et les statistiques sont un peu moins sujets à caution qu'aux époques précédentes. Les observations sont un peu plus précises, circonstanciées.

En 1812, Francesco Rossi, en Italie, conseille l'accouchement forcé. En 1834, Rizzoli le propose également. Il avait pratiqué lui-même la césarienne post mortem, mais il avait de bonnes raisons pour l'abandonner. Ayant pratiqué cette opération, un confrère qui était son ennemi l'avait accusé d'avoir achevé ainsi la femme, et Rizzoli fut obligé d'aller soutenir sa défense devant les tribunaux.

C'est à tort qu'on attribue à Lebreton, en 1828, le premier accouchement forcé, puisque Rigaudeau en avait exécuté un en 1745. Mais ce fut lui qui vraiment érigea la méthode opératoire. Il déclare, dans son travail, que la césarienne ne doit être faite que quand l'accouchement forcé est impraticable, par suite d'un obstacle insurmontable.

En 1854, Lovati, suivant ces conseils, pratique une version sur une femme morte, et une heure après ce décès, amène un enfant mort.

En 1858, Esterlé revient sur la question. En 1837 et 1841, Pellegrini pratique deux accouchements forcés sur deux femmes atteintes d'apoplexie et a un succès. Ce sont, en somme, les interventions pratiquées par Rizzoli, Capuri, Golinelli, parmi lesquelles figurent quelques cas heureux, qui déterminèrent les accoucheurs à la pratique de cette opération, mais surtout le réveil, sous l'influence de l'accouchement forcé, de femmes supposées mortes.— De là à indiquer et préconiser cette opération pendant l'agonie, il n'y avait qu'un pas. On le franchit, et ce furent les mêmes auteurs qui accordèrent leur préférence à ce mode opératoire. On pratiqua cette opération pendant l'agonie, surtout quand les parents demandaient s'il n'était pas possible de sauver l'enfant.

C'est vers cette époque, 1861, qu'eurent lieu les célèbres discussions de l'Académie de médecine de Paris sur cette question de l'opération césarienne post mortem.

On discuta d'abord la question de la survie de l'enfant. Depaul soutenait énergiquement qu'elle ne dépass-

sait pas une heure; d'autres, qu'elle allait jusqu'à quatre, cinq, six heures et même un jour entier, dans certains cas.

La loi autorisait-elle l'ouverture du ventre des femmes mortes? La discussion fut âpre. On convint enfin que, puisque les arrêtés préfectoraux, mais non la loi, prescrivaient aux médecins vérificateurs des décès « d'ouvrir le ventre des femmes enceintes dans le but de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait ne pas avoir cessé », n'importe quel médecin pouvait pratiquer l'opération.

Et à quelle époque de la grossesse devait-on faire cette opération? De Kergaradec, songeant au baptême nécessaire de l'enfant, voulait que la limite ne fût pas fixée d'une façon précise afin que, au-dessous de six mois même, le médecin pût tenter d'extraire l'enfant, pour qu'il fût baptisé. Bref, à la fin de la discussion, l'académie vota les conclusions suivantes : « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps d'une femme décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, peut et *doit* même, médicalement parlant, pratiquer opération césarienne post mortem en observant les préceptes de la science. »

Nous avons, au xix^e siècle, plusieurs statistiques de césarienne qui sont toutes très mauvaises. Ces sont celles de Heymann (1832), de Von Lange (1847), de Dohrn (1852-66), de Schwartz (1862).

Il est vrai qu'en revanche on signalait des cas exceptionnels. Lemarié (1861) prétendait avoir extrait un enfant vivant deux heures après le décès d'un femme morte

d'éclampsie. Vers la même époque, Gayet aurait extrait un enfant vivant dix heures après le décès d'une femme morte de pneumonie. Darte, à Jodoigne (1868), aurait eu un enfant vivant deux heures après le décès d'une femme morte d'accident. — Mais toutes ces observations sont sujettes à caution. Les femmes étaient-elles réellement mortes depuis si longtemps ?

On cite partout les cas de Viardin (1848) qui aurait eu un enfant vivant, trente minutes après le décès d'une femme morte à la suite d'un traumatisme très violent, et de Tarnier, qui put extraire un enfant vivant du corps d'une femme tuée d'une balle pendant la Commune, vingt minutes au moins après la mort.

Les partisans de l'accouchement forcé arrivaient à établir des statistiques meilleures. Ainsi Millot (1878) signalait 13 enfants vivants sur 14 cas, mais 11 enfants mouraient au bout de quelques jours. En 1878, Thévenot annonçait un pourcentage de cas heureux de 86 0/0, mais celui des survies atteignait seulement 33 0/0; Claverie (1895) un pourcentage d'enfants vivants de 60 0/0 et de survies de 49 0/0; Vitanza (1892) un pourcentage d'enfants vivants de 62 0/0 et de survies de 47 0/0; Mortagne (1897) un pourcentage d'enfants vivants de 80 0/0 et de survies, de 50 0/0. — Nous verrons plus loin, dans la discussion de ces cas, ce qu'il faut penser de ces statistiques.

Les partisans de l'accouchement forcé, soit pendant l'agonie, soit après la mort, triomphaient. Vers la même époque, et précisément à cause du faible pourcentage

d'enfants vivants fourni par la césarienne post mortem, on propose la césarienne sur les mourantes.

C'est Røeser (1840) qui paraît avoir pratiqué le premier cette opération. L'enfant extrait asphyxié a été ranimé et survécut. Nous citons plus loin les cas de césarienne sur les mourantes qui ont été exécutées en Allemagne et en Italie. Cette opération mit un certain temps à entrer dans la pratique. On avait des scrupules. L'agonie serait-elle sûrement suivie de mort ? On la considérait un peu comme une opération inhumaine, puisqu'on avançait ainsi le terme des jours de la mère. Cependant, d'aucuns soutenaient que cette opération était le meilleur moyen de sauver l'enfant d'une mort à peu près certaine. Mais alors on demandait que les cas où on pouvait pratiquer cette opération fussent bien précisés.

Dans ces trente dernières années, le pronostic de la césarienne post mortem se releva. Blanc, Winckel, Bauer, Dicke, publièrent des statistiques qui valaient bien celles de l'accouchement forcé.

Puis, la césarienne pendant l'agonie entre un peu en pratique. Löwenhardt (1871), Nüssbaum (1873) et Runge (1880) pratiquent cette opération avec succès et déclarent qu'elle donne les meilleures espérances. Cependant Morisani (1884) réclame, lui aussi, qu'on fixe les règles précises de cette intervention. Cette opération est-elle admissible ? On demandait que l'Académie de Naples résolût la question. Elle répondit que la césarienne sur la mourante devait être faite, si un groupe de médecins constatait le mauvais état de la mère, la souff-

france de l'enfant, la guérison de la mère impossible, la situation sans espoir. On continua à pratiquer cette opération. Léopold, en 1895, déclara que cette opération était inadmissible, parce qu'inhumaine.

Le moins qu'on puisse objecter à cette pratique, c'est que, puisque les parents acceptent assez mal la césarienne post mortem, ils accepteront encore moins une opération césarienne sur une mourante, alors qu'ils tiennent à assister aux derniers moments, et à prolonger le plus possible les jours de la malade.

Voici comment se pratique la césarienne post mortem à l'époque actuelle :

En France, en Angleterre, toute liberté est laissée au médecin qui doit décider et exécuter la césarienne quand il le juge à propos, et avec le consentement de la famille.

En Autriche, on fait une obligation au médecin de pratiquer la césarienne sur la mourante. Chez une femme qui paraît morte, on doit pratiquer cette opération avec les mêmes précautions que si elle était vivante.

Dans les États confédérés de l'Allemagne du sud, la loi royale est appliquée avec certaines restrictions. En Bavière, la césarienne ne doit être faite qu'après le sixième mois ; en Wurtemberg, après la vingt-huitième semaine ; en Saxe, quand le fœtus est viable. En Bade et en Prusse, c'est le médecin qui est seul juge.

Nous voyons donc, par ce rapide exposé, que la césarienne post mortem, pratiquée depuis les temps les plus reculés, a subi tour à tour une vogue et un discrédit. Il ne peut pas être tenu un grand compte

des vieilles statistiques, ni des vieux comptes rendus, mais depuis 1880 environ, la césarienne post mortem est remise en honneur, grâce aux statistiques de Winkel, Bauer, etc. et aux observations complètes publiées.

LES CAS DE MORT RAPIDE OU LENTE PENDANT LA GROSSESSE

Il est clair qu'à la mort de toute femme enceinte près du terme ou à l'époque de viabilité du fœtus, le médecin pense à extraire l'enfant. Nous avons donc à dire quelques mots des maladies pouvant entraîner la mort subite ou lente de la femme pendant la grossesse ou pendant l'accouchement.

Parmi la plupart des causes de décès, il faut signaler les hémorragies par décollement du placenta normalement inséré, par placenta prævia, par rupture utérine, par déchirure de la rate, par rupture de l'aorte au-dessus des sigmoïdes (Heinricius), ou d'un anévrisme, par blessures par instruments. Il faut noter aussi, par ordre de fréquence, les maladies du cœur, les lésions valvulaires, l'embolie pulmonaire, l'hydrothorax, les auto-intoxications, l'éclampsie, l'apoplexie, qui peuvent être la cause d'une mort rapide pendant la puerpéralité.

Signalons également comme cause de mort rapide, la rupture d'une péritonite enkystée, d'un kyste de l'ovaire infecté, une déchirure intestinale, la thrombose des sinus de la dure-mère (Ehrendorf), la méningite aiguë (Crouzot), les tumeurs malignes du cerveau (Som-

merbrodt), la dothiéntérie accompagnée de lésions pulmonaires, les brûlures étendues. Schatz a observé chez une femme enceinte dont la grossesse était très avancée, qui avait eu plusieurs crises d'épilepsie, et qui mourut pendant une crise, un abcès du corps strié gauche qui s'était évacué dans le ventricule gauche. Malade relate un décès subit qui se produisit chez une femme sur laquelle on avait pratiqué, vingt minutes auparavant, une version, et dont l'autopsie ne révéla qu'une compression des deux carotides par un goitre. (Nous empruntons la plupart de ces détails à Winckel.)

Comme cause de mort très rapide, signalons la syncope, la chute d'un lieu élevé, une fracture du crâne.

Il ne faut pas oublier que les causes de mort pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement sont nombreuses, par suite des modifications apportées à l'organisme par la grossesse, et par suite aussi de l'aggravation des maladies préexistantes par cette grossesse.

Il faut distinguer deux modes de mort : la mort lente et la mort rapide. La mort brusque arrive surtout par accident grave, chute, coup de fusil, embolie, syncope. Dans la mort subite, il y a plusieurs cas à distinguer. Est-ce l'acide carbonique dont est chargé le sang qui occasionne la mort ? En ce cas, le fœtus ne survivrait pas à la mère. Ou y a-t-il, par exemple, intoxication par l'oxyde de carbone ? En ce cas, le fœtus pourrait survivre. La mort est-elle due à un traumatisme occasionnant immédiatement le décès de la femme ? L'enfant a toutes chances de survivre, et de résister plus longtemps à la privation d'oxygène. Nous reparlerons

plus loin de ces cas. En cas de mort lente, la césarienne, tout en restant indiquée, aurait peu de chances de mettre au monde un enfant vivant. Le fœtus serait extrêmement compromis, surtout si la mort est due à une maladie organique.

Ne vaudrait-il pas mieux, disent certains, ne pas attendre la mort, et pratiquer la césarienne pendant l'agonie ? ou mieux encore, l'accouchement forcé — opération moins grave — pendant l'agonie ? ou l'accouchement forcé post mortem ? — Ce n'est pas tout d'ailleurs que de tenir compte de l'époque de la grossesse, de la survie probable de l'enfant. Pratiquer une opération sur une morte, est-ce une opération licite ? Quelle est la responsabilité médicale, dans chacun de ces cas ? La famille acceptera-t-elle semblables interventions ? Toutes questions à résoudre, que nous nous proposons d'examiner.

DE LA VIABILITÉ ET DE LA SURVIE DU FŒTUS

Ouvrir le ventre d'une femme enceinte avant l'époque de viabilité du fœtus serait une opération inutile. A quelle époque le fœtus est-il viable ? Comment reconnaître que le fœtus est arrivé à la période où il est viable ? Il faut se fier médiocrement à la date des dernières règles, — et d'ailleurs la femme peut ne point se souvenir de cette époque, ou être très mal réglée, — se fier un peu plus à la hauteur de l'utérus, celle-ci pouvant varier du reste avec la quantité de liquide amniotique et le volume fœtal. M. le D^r Demelin dit qu'elle est indiquée à partir du sixième mois. Combien d'enfants nés à six mois sont-ils élevés ? Aucun. Les enfants nés à sept mois sont déjà fort difficiles à élever en couveuse. M. le D^r Brindeau dit qu'elle ne doit être pratiquée qu'après sept mois, car ce n'est qu'à partir de cette époque que le fœtus est vraiment élevable.

Winckel déclare que l'opération ne doit être pratiquée qu'après la vingt-huitième semaine. Et même à cette époque le pronostic est assez mauvais. Dans la pratique, croyons-nous, il faudra s'en tenir entre les chiffres de sept mois et de sept mois et demi. Il est d'ailleurs

presque impossible de fixer l'époque de la grossesse d'une façon précise, dit Winckel. Ce qui fait que souvent on préférera ouvrir des utérus, tout en n'étant pas fixé sur l'époque de la grossesse, plutôt que de s'abstenir.

SURVIE DE L'ENFANT. — La question la plus importante après celle de la viabilité, est celle de la survie du fœtus.

Combien de temps un fœtus peut-il survivre à sa mère ? La question semble avoir été solutionnée par Buffon, Haller et Legallois. Nous nous en tiendrons aux expériences de Legallois qui sont les plus récentes.

Il a choisi comme animaux d'expérience des lapines pleines, en bonne santé. Les immergeant dans l'eau pendant un certain temps, il reconnut que la limite naturelle de la survie après la mort de la mère est de dix-sept minutes. Autrement dit, un petit, extrait de l'utérus de la mère, dix-sept minutes après la mort de la mère, respire spontanément. Retiré au bout de dix-huit minutes, le fœtus ne respire pas de lui-même, mais peut être rappelé à la vie. D'autres expériences lui démontrèrent que l'immersion d'une femelle dans l'eau peut être prolongée pendant vingt-cinq minutes, sans pour cela déterminer la mort irrémédiable du fœtus, puisque celui-ci peut être, une fois extrait, rappelé artificiellement à la vie. Donc, un fœtus de lapine peut survivre de seize à vingt-cinq minutes.

On peut encore citer d'autres expériences. En 1859, à la fourrière, on découvrit, un jour, à midi, qu'une chienne pleine était morte. Le cadavre était froid, entièrement roide. On avait lieu de croire que le décès

remontait à la nuit, vers 5 heures du matin. On ouvre l'abdomen, l'utérus. Et on extrait cinq petits dont deux étaient vivants. Ils survécurent. Les mouvements respiratoires étaient très visibles, mais les bruits du cœur peu perceptibles.

Ce qui est, en tout cas, fort probable, c'est que le fœtus humain a moins d'exigences qu'un adulte et peut résister plus longtemps à l'asphyxie.

Ce qui prouverait indubitablement la certitude de la survie, c'est la statistique ancienne de Reimann, réunissant des observations éparses et trouvant 74 cas d'accouchement spontané post mortem avec 6 enfants vivants. Schenk signale 4 cas avec 2 survies. (On sait en effet que les muscles lisses — l'utérus par exemple — peuvent se rétracter après la mort.)

Combien de temps le fœtus peut-il résister à l'asphyxie ? Signalons un cas extraordinaire de résistance à la privation d'air. Faure (1860 ?) signale le fait suivant : Un nouveau-né, ne paraissant pas à terme, et semblant mort-né, est enveloppé dans des torchons et exposé à l'air glacial, sur un sol humide. Sept heures après, un médecin arrive, se fait présenter l'enfant, qui a une respiration vague, puis plus précise, puis crie. Il est vrai qu'il mourut le lendemain. — Il ne faut peut-être pas attacher trop d'importance à cette observation, car rien ne nous prouve que l'enfant, enroulé dans les torchons, fût privé d'air.

Signalons les cas de De Kergaradec et de Gayet. De Kergaradec aurait obtenu un enfant vivant par césarienne vingt-quatre heures après la mort, Gayet aurait

eu également un enfant vivant, dix heures après la mort d'une femme morte de pneumonie. Lemariéy, en 1861, publia cette observation : Appelé chez une femme qui avait eu des crises d'éclampsie, semble-t-il, pendant la matinée, et qui était morte, dit la famille, depuis deux heures, il ausculte le cœur fœtal. Il entend les battements, fait la césarienne, et extrait un enfant vivant.

Mais l'on peut soutenir que ces femmes n'étaient point mortes depuis si longtemps, la mort n'ayant été constatée que par des profanes, et que la mort apparente pût précéder le décès réel, ce qui n'est point rare, en cas d'éclampsie.

Nous arrivons à des observations moins sujettes à caution. Viardin rapporte qu'il fut appelé, un jour, auprès d'une femme qui avait fait une chute de plusieurs mètres et était morte sur le coup, fractures du crâne, etc... Trente minutes après la mort, Viardin pratique la césarienne. Il obtint un enfant vivant. Il vécut jusqu'à 13 ans.

Voici le cas de Tarnier :

Pendant la Commune, en 1871, à une ronde de nuit, une surveillante constate la mort d'une femme enceinte, que tua une balle tirée par les fédérés. Tarnier, qui était à la Clinique, est prévenu. On transporte la femme dans une autre pièce, et la césarienne est pratiquée. Il extrait un enfant vivant. Il y avait vingt minutes que la mort de la femme avait été constatée. Combien y avait-il de temps qu'elle était morte, en réalité ? On l'ignore. Peut-être une demi-heure, peut-être une heure.

On cite aussi le cas de Darté, à Jodoigne. En 1868,

Darte est appelé auprès d'une femme qu'avait tuée une locomotive. Elle avait le crâne fracassé, les jambes broyées. Deux heures après la mort, la césarienne est pratiquée, avec plein succès pour l'enfant, qui n'était pas à terme pourtant : la mère n'était enceinte que de huit mois.

Il faut distinguer, avons-nous dit, plusieurs genres de mort : la mort rapide à la suite de traumatisme, la mort rapide à la suite d'une maladie organique et la mort lente à la suite d'une maladie quelconque.

Dans les deux derniers cas, les femmes sont mortes à la suite d'un traumatisme violent, ayant occasionné une mort extrêmement rapide. Or, d'après Breslau, les fœtus des femmes sont au moins aussi résistants, sinon plus, que les fœtus des animaux, et le cas le plus favorable est celui de la mort subite par traumatisme.

Examinons maintenant les cas de mort subite ou lente à la suite de maladie et voyons les opinions émises surtout dans le cours du dernier siècle.

Weiswange (1903) pratique la césarienne dix-neuf minutes après la mort de la femme, due à une rupture de l'aorte, et obtient un enfant vivant. Pingler a un succès identique sur une femme morte d'hémorragie cérébrale, quinze minutes après la mort.

Winckel rapporte les cas suivants : Fehling extrait un enfant vivant quinze minutes après la mort d'une femme atteinte d'hémorragie cérébrale, Jungeboldt extrait un enfant vivant du corps d'une femme morte subitement, et sans qu'on ait pu trouver la cause du décès. Erdheim a le même succès en pratiquant la césarienne

(1897), sur une femme morte d'hémorragie, quelques minutes après le décès : l'enfant pesait 1.400 grammes. Il ne vécut que treize heures, vu sa débilité.

On cite encore les cas de survie de l'enfant, de Fehling, quinze minutes après la mort d'une femme atteinte de tumeur cérébrale, de Knauer (1888), dix minutes après le décès de la femme, dû à la même affection.

Examinons maintenant les cas de césarienne effectuée après le décès de femmes mortes après une longue maladie.

Winckel dit que les cas de survie de l'enfant, sont plus rares, mais que néanmoins, en faisant la césarienne immédiate, on peut encore avoir des enfants vivants. Dans un cas publié par Sommerbrodt (1881), la femme, atteinte d'insuffisance mitrale et d'emphysème, eut huit heures d'agonie : l'enfant extrait pesait 2.870 grammes et avait une teinte asphyxique. Hoffmann, Davis rapportent quelques cas heureux de césarienne effectuée sur des femmes atteintes d'éclampsie. Everke (1899) extrait un enfant vivant du corps d'une femme morte de néphrite. Winckel signale une survie de l'enfant chez une femme morte à la suite de convulsions éclamptiques, sur laquelle il pratiqua la césarienne dix minutes après la mort : l'enfant, débile, d'un poids de 1.800 grammes, mesurait 41 centimètres, et avait une teinte asphyxique ; ranimé peu après, il mourut au bout de douze heures.

On voit donc que les résultats de la césarienne ne sont pas aussi brillants, que la survie de l'enfant n'est

pas aussi longue, quand il s'agit de femmes décédées à la suite de maladies chroniques.

Cette question de la survie a d'ailleurs été très discutée, comme nous l'avons vu. Dans les temps modernes, elle semble avoir été traitée à fond par Breslau, qui disait, avec un pessimisme manifeste, que la survie fœtale ne dépassait guère cinq minutes.

Les cas relatés plus haut semblent, au contraire, nous démontrer ceci : la durée de la survie est d'autant plus longue que la mort de la femme est plus brusque. Ainsi, c'est dans l'apoplexie, l'hémorragie, les lésions des centres nerveux, que les chances de survie fœtale sont les meilleures. Mais, si la mère meurt d'une maladie infectieuse, ou chronique, ou d'un empoisonnement, il y a peu de chances de survie pour l'enfant. Runge arrivait, à la suite d'expériences et d'observations cliniques, à conclure que la survie de l'enfant ne dépassait pas vingt-cinq minutes. Certains accoucheurs considèrent même que le fœtus est très compromis quand la mère est morte depuis un quart d'heure.

C'est que, dans la période ultime des maladies, l'enfant a à souffrir des troubles circulatoires et respiratoires qui accumulent l'acide carbonique dans le sang de la mère, des élévations thermiques qui exercent — la clinique et l'expérimentation le démontrent — une influence défavorable sur le produit de conception ; et l'apoplexie placentaire, résultat de ces modifications, retentit sur l'organisme fœtal.

Pour expliquer ces différentes durées de survie, nous dirons, avec Winckel, que, quand il s'agit d'une mort

consécutive à un traumatisme, rapide, le fœtus doit vivre avec sa propre provision d'oxygène, et, dans ce cas, la survie relativement longue s'explique, vu la grande résistance du fœtus à l'asphyxie.

Quand il s'agit d'une mort rapide, consécutive à une maladie non infectieuse, précédée ou non d'une très courte agonie, la durée de survie est à peu près la même. Mais lorsqu'il s'agit d'une mort à la suite d'une maladie infectieuse, d'une intoxication, après une longue agonie, le pronostic est grave, la survie n'est pas à espérer : le fœtus meurt peu après la mère, quelquefois avant. Ce fait s'expliquerait ainsi : le sang de la circulation maternelle s'appauvrit de plus en plus en oxygène, et les globules de la mère prennent l'oxygène du sang fœtal. Les observations de Runge et Juntz semblent le démontrer.

Néanmoins, cette vue est peut-être plus théorique que réelle : quelques cas de survie relatés plus haut (éclampsie, néphrite) semblent s'inscrire contre cette assertion.

Mais doit-on faire la césarienne seulement quand on est sûr que l'enfant survit ? Et quels sont les signes qui permettent cette affirmation ?

On n'est pas toujours sûr de la survie de l'enfant après la mort de la mère. On peut entendre les bruits du cœur fœtal et alors affirmer la survie. Mais, si on ne les entend point, doit-on en conclure que l'enfant est mort ?

Chez l'homme sain, en état de syncope non mortelle, entend-on les bruits du cœur ? On a dit que le cœur battait toujours, mais que les bruits, très faibles, ne pouvaient être perçus ?

Il en est de même chez l'enfant, qui souffre d'autant plus dans l'utérus que la mort de la mère remonte à plus longtemps. Winckel dit que plusieurs fois on a extrait des enfants vivants chez lesquels on n'entendait plus, avant la césarienne, les bruits du cœur.

Tarnier fait remarquer que c'est sans doute en raison de l'intervention opératoire dans n'importe quel cas qu'on arrive à un pourcentage de résultats heureux excessivement réduit.

Quoi qu'il en soit, chercher et persister à chercher les bruits du cœur fœtal sur une femme morte ne sert absolument qu'à faire perdre des minutes très précieuses, et c'est précisément parce qu'on n'entend pas les bruits qu'il y a indication à opérer hâtivement.

LA COMPARAISON ET LA VALEUR DES STATISTIQUES

On peut dire que toute statistique est à la base de toute science expérimentale.

On pourrait trouver étrange que nous mentionnions ici des statistiques, au lieu de les faire figurer en dernière place, avant les conclusions. Nous voulons, au contraire, les discuter ici, et montrer que ces statistiques, prises en bloc, ne prouvent rien, quoi qu'on en dise, en publiant, après elles, quelques observations prises dans ces statistiques et dont nous envisagerons la valeur. Il est du reste remarquable que ce sont les plus vieilles statistiques qui contiennent les plus mauvais résultats et que les plus récentes ont modifié et modifient, en réalité, l'opinion qu'on avait de la césarienne post mortem. Il n'y a rien de bien étonnant à cela : le genre, les circonstances, la rapidité de la mort de la mère ont provoqué des interventions qui ont été pratiquées dans des cas très étudiés et dans des conditions meilleures qu'auparavant, parce qu'elles étaient bien précisées.

Relevons donc ces statistiques.

DATES	Auteurs	Nombre de cas	Nombre d'enfants vivants	Pourcentage	Nombre d'enfants survivants	Pourcentage
1832	Heymann	127	17	13 %	14 vécurent moins d'un jour. 2 vécurent moins de deux jours. 1 vécut plus de 3 ans.	2 %
1847	Von Lange	141	17	12 %	Pas d'indications	
1848	Schwartz	107	0	»	»	
1852-66	Dohrn	90	0	»	»	
?	Prunshüber	510	91	17 %	66 vécurent moins d'un jour. 25 survécurent.	5 %
1870-88	Kehrer	61	1	0,60 %	Pas d'indications	
1882	Millot	140	10	7 %	»	
?	Puech	453	101	22 %	»	
1881.	Blanc	16	11	68 %	»	
1892	Winckel	32	11	46 %	11 survécurent	46 %
1892-02	Bauer	14	10	71 %	Pas d'indications	
1903	Dicke	34	24	70 %	19 survécurent	55 %

Doit-on tenir compte, dans cette statistique, quant aux résultats, du pourcentage des enfants extraits vivants? Dans l'affirmative, on constate que la progression va s'accroissant favorablement depuis la statistique de Heymann jusqu'à celle de Dické. Doit-on, au contraire, ne considérer que le pourcentage des enfants survivants? Alors les résultats ne sont pas aussi bons. — De plus le nombre des enfants survivants n'a pas été mentionné dans toutes les statistiques: il est d'ailleurs impossible de suivre pendant plus de quelques jours l'enfant extrait. Néanmoins, le pourcentage des enfants survivants suit une marche progressivement ascendante depuis la première statistique jusqu'à la plus récente.

C'est ainsi que la statistique de Dicke fournit un pourcentage de survies de 55 0/0, ce qui est un chiffre relativement élevé.

Mais est-il juste de ne considérer que le nombre des enfants survivants ? Il est des auteurs qui ont indiqué au bout de combien de temps les enfants extraits vivants sont morts. Mais la plupart n'ont pas indiqué le nombre de survivants et nous ignorons en conséquence et ce nombre et la durée de la survie. Et, quand nous connaissons le nombre des décès, à quoi attribuer les décès ? Sont-ils dus à la débilité de l'enfant ? Nous l'ignorons complètement.

Voilà donc bien des éléments de la question qui nous font défaut. — Outre cette question de la survie, il faut tenir compte du facteur suivant : l'époque de la grossesse au moment de la césarienne. Il est bien évident que si l'enfant fut extrait à sept mois et qu'il mourut, deux heures ou un jour après, ce résultat ne prouve rien contre la césarienne. Il faudrait également, pour se rendre compte de la capacité de vivre de l'enfant, savoir de quelle maladie est morte la mère, pour en conclure si, oui ou non, l'enfant a souffert, connaître le temps qui s'est écoulé entre le décès de la mère et l'extraction de l'enfant, connaître le poids de l'enfant.

Autrement dit, les cas d'une statistique, pris en bloc, ne signifient rien, ou ne signifient que peu de chose ; et le pourcentage des cas heureux n'a pas toute la signification, non plus, qu'on veut lui attribuer. Il faudrait sérier les cas, étudier ceux qui sont semblables, étudier chaque cas un à un. Le problème est mal posé. Il ne

s'agit point de donner un pourcentage élevé pour conclure à l'adoption de cette opération, mais bien de préciser exactement les circonstances où la césarienne a donné un enfant vivant et qui a survécu.

Aux époques où les premières statistiques parurent, l'émotion fut grande dans le monde médical, et certains s'efforcèrent de substituer à une opération qui donnait de si mauvais résultats, avant 1880, une autre intervention qui donnerait un résultat moins problématique. C'est alors que furent tentés l'opération césarienne sur les mourantes, — on espérait ainsi que l'enfant n'aurait pas à souffrir des mauvaises conditions de vie que lui crée l'agonie — et l'accouchement forcé, ou mieux méthodiquement rapide. Nous ne pouvons donner connaissance de statistiques sur la césarienne pendant l'agonie, n'en ayant point trouvé. Cette opération est, en effet, de date récente.

Voici les statistiques de l'accouchement forcé :

DATES	Auteurs	Nombre de cas	Nombre d'enfants vivants	Pourcentage	Nombre d'enfants survivants	Pourcentage
1867	Millot (2)	19	10	52 %	3	15 %
1870	Millot (2)	14	13	92 %	2	14 %
1878	Thévenot (1)	15	13	86 %	5	33 %
1892	Vitanza (1)	17	11	62 %	8	47 %
1895	Claverie (2)	24	14	58 %	11	49 %
1897	Mortagne (3)	41	32	80 %	20	50 %

1. Accouchements forcés pendant l'agonie.
2. Accouchements forcés après la mort.
3. Cette statistique comprend des observations d'accouchement forcé pendant l'agonie et après la mort.

Est-ce que ces statistiques permettent de tenir l'accouchement forcé pour une opération plus recommandable que la césarienne post mortem ? Remarquons déjà que la plus ancienne de ces statistiques, celle de 1867, remonte à une époque où le pronostic de la césarienne était franchement mauvais. Les quatre dernières statistiques accusent un pourcentage de survies de 33 0/0, 47 0/0, 49 0/0, 50 0/0, alors que les trois dernières statistiques de césarienne accusent un pourcentage de survies de 68 0/0, 46 0/0 et 55 0/0, alors que le pronostic de la césarienne s'affirme meilleur.

Mais, comme pour les statistiques de césarienne, les statistiques d'accouchement forcé ne prouvent rien. On a rassemblé là les cas les plus disparates. Nous ne savons point à quelle époque de leur grossesse les mères furent opérées, quel était l'état des voies génitales au moment de l'intervention, quelle fut la durée de survie des enfants.

De même que pour les césariennes post mortem, il faudrait sérier les cas, les étudier un à un, pour pouvoir poser les indications de l'accouchement forcé et en déduire sa valeur.

C'est ce que nous allons faire dans le chapitre suivant, aussi bien pour l'accouchement forcé que pour la césarienne, tout en disant quelques mots de l'opération césarienne sur les agonisantes qui n'est guère entrée en pratique qu'en Allemagne, en Autriche, et en Italie.

DE LA VALEUR DE LA CÉSARIENNE ET DE L'ACCOUCHEMENT
FORCÉ « POST MORTEM » ET PENDANT L'AGONIE

Discussion des observations.

Il faut bien dire, du reste, que si l'accouchement forcé semblait être préféré à la césarienne, ce n'était peut-être point parce qu'on espérait, qu'on obtenait des résultats plus brillants. Nous avons raconté plus haut le cas de Rizzoli qui devint un partisan convaincu de l'accouchement forcé, simplement parce qu'il avait failli être condamné à la suite d'une césarienne.

On avait aussi médité sur le cas de ce malheureux Philippe Peu qui, ouvrant le ventre d'une femme jugée morte, l'avait ressuscitée ! Il y avait aussi d'autres cas que celui-là de mort apparente. Et comme à cette époque on ne pouvait aussi sûrement qu'aujourd'hui diagnostiquer la mort, on avait peur, en faisant une césarienne, d'achever une femme en état de mort apparente. On prétendait que, au moment de la mort ou pendant l'agonie, chez les femmes à terme ou près du terme, les voies génitales sont plus souples que normalement, le col utérin plus mou et plus dilatable, et qu'un for-

ceps ou mieux une version pouvaient amener rapidement à la vulve un enfant vivant.

On disait aussi qu'avant d'exécuter la césarienne, il fallait perdre du temps à chercher les signes de la mort, et qu'un médecin inexpérimenté, sans ressources, à la campagne, préférerait l'accouchement forcé à la césarienne. Mais ces objections sont sans valeur, attendu que si on perd quelques minutes à chercher les signes de la mort, on en perd bien d'autres à dilater le col, et à faire un forceps ou une version ; qu'un médecin, à la campagne, sûr de la mort réelle, n'a point besoin d'une instrumentation compliquée pour ouvrir un ventre et un utérus.

On présentait cet argument que la famille préférerait l'accouchement forcé à une césarienne. Nous reconnaissons que ce prétexte a quelque valeur, mais si l'accoucheur prévient la famille que la césarienne, plus rapide, a plus de chances d'extraire un enfant vivant, et si la famille désire vivement un enfant, il est fort probable qu'elle acceptera l'intervention préférée et proposée.

On ajoutait aussi que l'accouchement forcé sur une femme jugée morte, mais seulement morte en apparence, était un moyen de ranimer la femme. C'est une assez mauvaise raison, car nous croyons qu'il y a, pour ranimer une femme, d'autres moyens que l'accouchement forcé.

Nous allons donc rapporter ici quelques observations de césarienne post mortem et d'accouchement forcé pour examiner soigneusement ces différents cas, noter les incidents qui se sont produits, les circonstances de l'in-

tervention, les résultats que ces opérations ont donnés.

Inutile de revenir longuement sur les césariennes post mortem que nous avons mentionnées plus haut. Nous rappelons simplement que Lemariey, en 1861, eut un enfant vivant chez une femme qu'on jugeait morte depuis deux heures, que Viardin, en 1848, eut un enfant vivant, trente minutes après la mort de la mère, Tarnier vingt minutes après la mort. — Nous ne pouvons attacher grande importance à l'observation de Lemariey qui ne constata pas lui-même la mort.

Mais nous disons : L'accouchement forcé, dans les cas relatés par Viardin et Tarnier, trente et vingt minutes après la mort, aurait-il permis d'extraire un enfant vivant, à la suite de la dilatation du col chez une femme non en travail, à la suite d'une version ? Là est la question. Nous ne le croyons pas et nous étayons notre opinion sur les observations d'accouchement forcé qui suivent, un peu plus bas.

Observation de césarienne rapportée par Binault :

Femme de 32 ans. Trois grossesses terminées spontanément. Huit ans auparavant, a été soignée pour maladie de cœur (?) Un jour, elle a de l'obnubilation, des mouvements convulsifs, perd connaissance, est portée sur un lit. On appelle un interne, on prépare les instruments pour la césarienne. Pas de bruits fœtaux. Césarienne, vingt minutes après la mort, comme sur une vivante. On extrait un enfant qui pousse un seul cri, mais qui ne respire pas. Quarante-cinq minutes sont nécessaires pour le ranimer. L'autopsie de la mère révéla un rétrécissement mitral et des lésions de néphrite.

Voilà donc un enfant qui fut extrait vivant vingt minutes après la mort de la mère et nous savons (voir l'article: « survie de l'enfant ») que, au-delà de vingt minutes, la survie de l'enfant est très problématique. Un accouchement forcé sur cette femme non en travail n'aurait certes pas permis d'avoir un enfant vivant.

Autre observation du même (1861) :

F..., âgée de 31 ans, multipare, enceinte de 8 mois 1/2. Elle est atteinte d'hémorragie abondante consécutive à une plaie siégeant au-dessous du bord inférieur de la branche ascendante du pubis, qu'elle s'est faite sur l'arête très aiguë du couvercle des latrines, à 2 heures 1/2 du soir. La femme meurt à 3 h. 1/2. Le médecin touche le col utérin qui est dur, non dilaté. A 3 h. 40, césarienne avec un rasoir. Enfant mort.

Évidemment, le temps — dix minutes — qui s'écoula entre le décès de la mère et l'extraction du fœtus n'explique pas que celui-ci fût extrait mort. Nous remarquons que l'accoucheur jugea l'accouchement forcé trop long — cet accouchement forcé n'aurait sans doute pas été plus heureux — et qu'il se résolut, après examen, à pratiquer la césarienne.

Nous ne passerons pas sous silence l'observation de Philippe Peu qui est reproduite dans tous les livres :

Appelé auprès d'une femme enceinte, à terme, supposée morte, il l'examine (Plus de battements de cœur perçus à la palpation, plus de sensibilité, plus de trace de vapeur d'eau sur un miroir placé devant la bouche.) Il se décide à faire la césarienne. Au premier coup de bistouri, la femme se réveille,

Nous mettons ce résultat, ainsi que d'autres signalés par Rigal (1814) et Sédillot, sur le compte des procédés élémentaires de diagnostic usités à cette époque — l'auscultation n'était point pratiquée — et sur le compte aussi de l'imprévoyance, de l'imprudence et de l'impatience des médecins. La femme citée dans l'observation de Peu n'était sans doute point dans un coma bien profond, puisque la sensibilité réapparut au premier coup de bistouri.

A la vérité, un accouchement méthodiquement rapide, chez cette femme à terme, aurait peut-être eu chance de donner un enfant vivant et aurait provoqué moins d'émotion.

Voici une autre observation recueillie dans un service de Lariboisière, que nous a communiquée l'interne de M. le Dr Bonnaire, qui fit la césarienne. Nous la transcrivons ici, non pour le résultat qu'elle donna, puisqu'il fut franchement mauvais, mais pour prouver que la césarienne, avant sept mois, est absolument inutile :

Femme de 35 ans, primipare. Enceinte de 6 mois 1/2. Atteinte de pneumonie. Au huitième jour, elle fait sa défervescence. Quelques jours après, présente des symptômes de septicémie. Un soir, à 4 heures, entre dans le coma. Mort dans la nuit, à 2 heures du matin. On ausculte le cœur fœtal. Aucun bruit. On pratique immédiatement la césarienne. Enfant mort.

L'examen bactériologique, des cultures, démontrent que le sang maternel et le sang fœtal contiennent des staphylocoques.

Voici une autre observation rapportée par Rémy (1894) :

F... âgée de 27 ans. Atteinte d'une tumeur de la moitié gauche du pont de Varole, avec paralysie des membres droits et de la moitié gauche du visage.

Près du terme, elle entre presque subitement dans le coma, avec respiration stertoreuse. Un jour, à 7 heures du matin, elle présente 40° de température. On ausculte le cœur fœtal. On entend des bruits. A 8 heures, température 41°. On perçoit encore les mouvements et les bruits fœtaux qui sont moins nets ; à onze heures, la température monte à 43°5. Mort de la femme. Auscultation du cœur fœtal : aucun bruit. Césarienne immédiate. Enfant mort.

Cette extraction d'enfant mort ne doit pas nous surprendre, car nous avons signalé que l'hyperthermie élevée et prolongée provoquait la mort du fœtus qui, en ce cas, mourait peu de temps avant la mort de la mère ou en même temps qu'elle. — A cause de cette hyperthermie, l'accouchement forcé n'aurait pas eu un plus brillant résultat.

Nous arrêtons là ces observations de césarienne post mortem. En se reportant aux observations allemandes, on verra que les césariennes pratiquées même dix, quinze minutes après la mort, ont donné de très beaux résultats.

Mettons donc en regard quelques cas d'accouchement méthodiquement rapide et voyons quelles observations ils motivent.

L'observation qui fit le plus de bruit à l'époque est celle de Rigaudaux, en 1745 :

Mandé auprès d'une femme morte depuis deux heures, disait-on, à la suite de convulsions, il examine cette femme. Il ne trouve point de pouls, ni de battements du cœur à la palpation. Une glace maintenue devant la bouche n'est pas ternie. Au toucher vaginal, orifice utérin dilaté complètement, poche des eaux intacte ; il rompt les membranes et pratique la version. L'enfant naît en état de mort apparente, mais il est facilement ranimé. Peu convaincu de la mort de la femme, qui, sept heures après, alors qu'il était revenu, avait encore les membres flexibles, il ait donner des soins à cette femme qui se réveille bientôt.

Toutes les conditions pour la réussite d'une telle opération étaient réunies : coma de la femme, voies génitales souples, col complètement dilaté. On voit la remarque qu'il y a à tirer de ce cas ; avant de faire une césarienne sur une femme morte en travail, examiner les voies génitales pour se rendre compte où en est arrivé le travail, et s'il n'est pas possible de faire une version.

Lebreton, qu'on dit, à tort, avoir été le premier à préconiser l'accouchement méthodiquement rapide, raconte que sur une phtisique enceinte de sept mois, sans aucun début de travail, il fit des incisions multiples du col et obtint, par version, un enfant vivant.

Otterbourg rapporte deux cas d'accouchement forcé dans lesquels il eut un enfant vivant, le premier chez une femme éclamptique qui mourut étant en travail, avec une dilatation du col très avancée, et chez laquelle il fit une application de forceps ; le deuxième chez une femme morte en travail, épuisée par une hémorragie, et chez laquelle il fit une application de forceps, la dilatation étant complète.

Mais voici une autre observation, rapportée par Claverie et qui a donné un résultat particulièrement brillant :

F..., multipare, entre en travail à 6 heures du soir et a des contractions très douloureuses. La malade se cyanose et a la respiration difficile. Le col est effacé et dilaté comme 2 francs. La tête est engagée. A 9 h. 1/2 la femme meurt au milieu de contractions très violentes. Aussitôt, on rompt la poche des eaux, on fait la version immédiate et on extrait un premier enfant, une fille, qui respire immédiatement. Deuxième version : enfant qui crie aussitôt. Troisième version : un troisième enfant qui est ranimé au bout de quelque temps par des insufflations. Ces trois versions n'avaient pas demandé plus de cinq minutes. La mère était morte dix minutes avant l'extraction du dernier enfant.

Le médecin se trouvait dans les meilleures conditions pour agir, les conditions idéales de la version : bonnes contractions, col entièrement dilaté, poche des eaux intacte.

Autre observation du même :

E..., âgée de 39 ans, enceinte de 7 mois 1/2, entre dans le coma éclamptique. Plusieurs heures après, et la dilatation commencée, elle est amenée à l'hôpital. On tente de compléter la dilatation par la méthode de Bonnaire. L'opération est très pénible. On applique ensuite le forceps sur une tête haute. Ces opérations demandèrent trois quarts d'heure. L'enfant extrait était mort. La mère mourut au début de l'intervention.

Remarquons ici simplement cet aveu : la durée des opérations. Était-il possible, avec une intervention si pénible, même si l'enfant eût été plus âgé, d'obtenir un

enfant vivant! Assurément non, avec ce que nous savons de la durée de la survie fœtale.

Ces observations peuvent être considérées comme les meilleures. Il en est d'autres qui montrent les écueils à redouter, nous le verrons plus loin. En tout cas, il est une remarque qui se dégage de l'examen des observations relatées plus haut: c'est que les césariennes, pratiquées dans les cas relatés, auraient donné, la plupart du temps, les mêmes bons résultats.

Quelles sont les conditions, en résumé, qui doivent être réalisées, pour pratiquer un accouchement forcé, chez une femme morte? Il faut, avant tout, qu'il n'y ait point de rétrécissement du bassin susceptible d'arrêter la tête au détroit supérieur, que les voies génitales soient souples, que le col soit dilaté complètement ou tout au moins que le col dont la dilatation est commencée soit facilement dilatable, c'est-à-dire mou et peu résistant, conditions qui sont plus fréquemment réalisées chez la multipare que chez la primipare.

Quelle est donc la technique à suivre, et quelle est sa valeur? on peut avoir recours à des manœuvres un peu violentes. Qu'on se serve du dilatateur de Tarnier ou de Bossi, ou de la dilatation manuelle, les auteurs déclarent qu'il faut au moins un quart d'heure environ pour achever une dilatation ébauchée. On cite un cas dans lequel M. le professeur Pinard a bien pu arriver à avoir une dilatation complète, au bout d'un quart d'heure, chez une femme valide. Chez une femme morte, à parties souples, la dilatation se fait plus rapidement; si la dilatation est trop longue, ou paraît devoir l'être,

il vaut mieux avoir recours aux grandes incisions du col, de Dührsen, quatre, ou aux petites incisions multiples.

Une fois la dilatation obtenue, que faut-il faire ? Un forceps ou une version ? On ne fera un forceps que si la tête est engagée, ou dans l'excavation. La plupart du temps, on n'en fera pas si la tête est haute ; il vaudra mieux pratiquer la version, qui est plus rapide, si le col est dilaté ou dilatable.

Les partisans de l'accouchement méthodiquement rapide se sont donc efforcés, nous le voyons, de régler au mieux la technique de l'intervention, car ils se sont rendu compte que cette opération demandait un certain temps. Quelle que soit la réduction du temps demandé par l'acte opératoire, il n'atteindra jamais, nous l'avons vu par les observations, le temps minime qu'il faut pour exécuter une césarienne.

Voyons maintenant quels sont les résultats fournis par la césarienne et l'accouchement forcé sur les mourantes.

Comment naquit l'idée de faire la césarienne sur les mourantes ? Les assez mauvais résultats fournis par la césarienne post mortem jusque vers 1880 incitèrent les accoucheurs à pratiquer la césarienne sur les femmes en agonie, parce qu'ils espéraient ainsi avoir plus fréquemment et plus sûrement des enfants vivants. Jusqu'à présent, les règles fixées pour cette opération ne sont pas encore bien précisées. Elle a été exécutée surtout en Allemagne, en Autriche et aussi en Italie. Mais elle ne se répandit pas très facilement à cause de la diffi-

culté qu'il y avait à obtenir l'autorisation de la famille, et parce qu'aussi on n'était point absolument certain du décès prochain de la mère.

C'est Löwenhardt qui paraît avoir été un des premiers à exécuter une césarienne sur une mourante. Il obéit à cette idée qu'il faut, avant tout, sauver l'enfant, et que, pour cela, il ne faut pas attendre, tergiverser. En 1873, Nüssbaum pratique cette opération avec succès. Runge s'autorise de ses travaux et de ses expériences sur les animaux pour poser les indications de cette intervention et pour dire qu'elle donne les meilleures espérances. Spiegelberg était du même avis et préférait la césarienne pendant l'agonie à l'accouchement forcé.

Frank pratique cette opération avec succès sur une femme mourant de complications consécutives à des brûlures étendues, Fehling, sur une femme qui mourait de méningite basilaire, lorsque le poulx dépassait 160, Morisani, en 1884, sur une femme mourant de fièvre pernicieuse, au huitième mois. Mais, dans ce dernier cas, l'enfant mourut quelques jours après. Decio annonce un succès sur deux femmes éclamptiques opérées pendant l'agonie. Schick eut un succès dans le cas d'une césarienne sur une femme qui était dans le coma depuis plusieurs jours, à la suite de méningite tuberculeuse ; Prokès signale le cas suivant : chez une femme atteinte, croyait-il, de méningite, qui avait une température de 39°8, et qui était depuis une demi-journée dans le coma, il fait la césarienne, quoique n'entendant plus les battements du cœur fœtal. Il extrait un enfant vivant non asphyxié. L'autopsie de la mère révéla une thrombose

des sinus de la dure-mère, sans cause connue, et de l'œdème pulmonaire. Nous citons un peu plus bas l'observation de Lichtenauer accusé d'avoir achevé une femme, en pratiquant, pendant l'agonie, la césarienne, alors qu'elle avait reçu, de son mari, deux coups de couteau.

Ce ne sont donc pas les résultats brillants qui manquent : voilà la pratique d'accord avec la théorie.

Cependant, ils ne sont pas rares, ceux qui considèrent cette opération comme inhumaine, et comme hâtant la mort de la mère. D'ailleurs, est-on toujours sûr que la mort succédera à l'agonie? Les cas ne sont pas très rares, dans la science, de comas non suivis de mort. Une conclusion s'impose : c'est que, quand on pratique cette opération, il faut s'entourer des mêmes précautions et suivre la même technique que si on opérât sur une femme bien portante. Du reste, le temps n'est pas encore venu où tous les médecins se sentiront moralement capables de pratiquer cette opération, où tous les parents laisseront au médecin la liberté d'exécuter cette intervention.

Nous avons à examiner maintenant l'accouchement forcé pendant l'agonie : les partisans de cette intervention obéissaient aux mêmes préoccupations que les accoucheurs partisans de la césarienne pendant l'agonie. Cette opération devait être la plus rapide possible, puisque si l'on fait précisément cette opération, c'est pour gagner du temps, pour avoir un enfant qui ait souffert le moins possible, et capable de vivre.

Il ne faut donc guère compter sur les instruments,

écarteur Tarnier, ballon de Champetier de Ribes, même en usant de tractions répétées, pour avoir une dilatation en moins d'une heure. Mieux vaut avoir recours à la dilatation manuelle, un doigt, puis deux, puis toute la main disposée en forme de cône, ou bimanuelle (Bonnaire). Mais l'opération comporte quelque infidélité (Porak), et ce procédé est très fatigant. Son mérite est surtout de ne comporter aucune instrumentation et d'être praticable n'importe où.

Observation rapportée par Finizio (1862) :

F..., enceinte de huit mois. Eut une crise d'éclampsie. La mort — apparente — fut constatée par trois confrères. On fit le toucher vaginal, le col était dilatable, mais non dilaté. On rompit la poche des eaux, fit la version, et on eut un enfant vivant qui survécut. La mère se réveilla après l'opération.

Observation de Deslandes (1896) :

M. R..., cuisinière. Primipare. En travail, a une crise d'éclampsie. Cyanose. Congestion pulmonaire. A 3 h. 1/2 soir, dilatation complète. On complète l'accouchement par la rupture de la poche des eaux et une application de forceps. On eut un enfant en état de mort apparente, qui fut ranimé au bout d'une heure. La mère mourut à 4 heures du soir.

Nous faisons remarquer que dans ces cas le col utérin était, ou dilatable, ou dilaté, ce qui simplifiait beaucoup l'opération et l'écourtait considérablement.

Observation publiée par M. le D^r Demelin (1894) :

Femme de 29 ans, secundipare. A eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. Le cœur est atteint : insuffisance mitrale. La malade présente de la gêne respiratoire, de la dyspnée, et expectore des crachats sanglants. Une saignée ne donne que 300 grammes de sang. Le fœtus souffre : le cœur bat à 90 pulsations. L'état de la femme ne s'améliorant pas, on pratique un accouchement forcé. Introduction de la main droite dans le vagin. Le col est long et rend les manœuvres difficiles. Au bout de vingt-cinq minutes, les doigts arrivent dans la cavité utérine ; impossibilité d'y introduire la main. On repousse la tête à gauche, on fait la version bipolaire, on saisit un pied. Version. Siège franchit la vulve. Les bras relevés sont dégagés. Mais la tête ne vient pas. Manœuvres de Mauriceau, de Prague, en vain. Enfin, application de forceps. Enfant extrait en état de mort apparente. Ranimé au bout de quelque temps.

Cette intervention fut assez difficile. Le col n'était pas dilaté. Longueur de la dilatation, relèvement des bras, impossibilité de dégager la tête qui ne cède qu'au forceps. Il en est résulté que l'enfant est né en état de mort apparente et qu'il a fallu le ranimer.

Citons également cette observation rapportée par Rémy (1894).

Br..., 31 ans, enceinte de 8 mois environ. Trois grossesses normales. Second accouchement terminé au forceps, à cause de l'inertie utérine. Cette femme présentant des symptômes de néphrite et des crises d'éclampsie, on décide l'accouchement forcé. Col mou, dilatable ; on introduit un doigt, puis deux, puis quatre en coin ; pas de résistance ; rupture artificielle de la poche des eaux, on saisit un pied, on fait la version. On fait tourner la

tête, on la dégage. La mère meurt une minute après. Le fœtus ne vécut que vingt heures. A l'autopsie de la mère, la lésion intéressante était une déchirure du segment inférieur de l'utérus, mesurant 7 centimètres de longueur, siégeant en avant et à gauche, dépassant en haut et en bas l'orifice interne, atteignant le vagin, mais n'intéressant pas le péritoine.

Ce fait montre le délabrement qu'on peut causer, même quand le col se dilate facilement, et que la version se fait, cliniquement, sans incident.

Que serait-il advenu de cette femme si, par hasard, elle n'eût été atteinte que d'une affection non mortelle par elle même ?

Nous citons encore cette observation, non pas parce qu'elle est intéressante au point de vue du résultat obtenu, mais au point de vue des incidents qui peuvent marquer l'accouchement forcé.

Observation relatée par Rémy (1894) :

Femme de 22 ans, primipare. Grossesse normale au début. Depuis quelque temps éprouve sensation de doigt mort, a de l'albumine dans les urines. Pouls rapide. Coma. Col effacé, épais. Quand la dilatation est comme cinq francs, on place l'écarteur Tarnier, à 2 h. 1/2. A 4 heures, le col se laisse franchir. Version. Jusqu'au cou, extraction facile. Mais la tête ne se dégage pas. Manœuvres de Mauriceau, de Prague, vaines. Finalement, on est obligé de perforer la tête. L'enfant était mort, même macéré.

Cette observation nous montre que le temps nécessaire pour la dilatation fut très long, que, chez cette primipare, le col se rétracta sur la tête dernière, bien

que la femme fût en agonie à ce moment et qu'elle mourût rapidement à la fin de l'intervention.

Il apparaît donc que l'accouchement méthodiquement rapide pendant l'agonie est marqué d'incidents, et la plupart du temps, fort long.

Il est évident que si le col est dilaté complètement, la tête dans l'excavation, ce n'est plus un accouchement forcé à proprement parler, mais bien une simple application de forceps, purement et simplement. Si on a affaire à une grande multipare, à terme, en travail, on devra encore craindre une rétraction du col sur la tête dernière, en cas de version, ou une déchirure du segment inférieur, pendant la dilatation bimanuelle. Chez une primipare, l'opération sera franchement mauvaise, à cause de la dureté du col.

Si l'on se rappelle que l'indication majeure est d'aller vite, on en conclura que l'accouchement forcé n'est indiqué que dans un petit nombre de cas, et, qu'à tout prendre, une césarienne pendant l'agonie, faite avec le plus grand soin, mettra au monde plus rapidement l'enfant.

A plus forte raison, à cause des incidents et de la longueur de l'acte opératoire, préférera-t-on la césarienne à l'accouchement forcé, en cas de mort de la femme, alors que l'enfant ne sera extrait vivant que s'il est extrait à la minute.

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ET LES PRÉCAUTIONS
A PRENDRE

Ces opérations sont graves et engagent fortement la responsabilité du médecin.

L'opération césarienne post mortem est-elle une opération permise? Et la loi couvre-t-elle cette pratique?

Ce fut le sujet de célèbres discussions à l'Académie de médecine en 1861. On discutait précisément les indications de cette opération. On demandait si le médecin pouvait être en règle avec sa conscience et avec la loi. Les membres de l'académie s'accordèrent à dire que, quand une femme enceinte de plus de six mois décédait subitement, il fallait sauver l'enfant.

Il fallait d'abord préciser les indications de la césarienne. On laissait au médecin le soin d'apprécier l'époque de la grossesse, au moyen de tous les renseignements qu'il recueillerait, dans l'impossibilité où on se trouvait d'établir des règles fixes pour déterminer exactement l'âge d'une grossesse.

Et combien de temps après la mort pouvait-on encore intervenir ? Remarquons que ces questions avaient un énorme intérêt, car aucune loi, ni aucun arrêté formels ne couvraient le médecin, et il s'agissait de régler ou de faire régler la question. Depaul prétendait que la survie de l'enfant ne dépassait pas une heure, Velpeau admettait deux heures ; de Kergaradec, armé de faits d'une authenticité douteuse, voulait qu'on fixât une limite moins précise. Est-on jamais sûr qu'un enfant ne vit plus ? L'auscultation, dans certains cas, est très difficile. Il faut opérer d'ailleurs d'autant plus vite que la mort de la mère est plus lointaine. Bref, on décida de ne point fixer cette limite de survie, sur laquelle, à ce moment, on n'était pas très fixé.

Ne fallait-il pas demander qu'un texte de loi fût élaboré dans tel ou tel sens afin que le médecin fût couvert ? Certains s'élevèrent contre cette opinion. Il y avait en effet une prescription enjoignant aux médecins inspecteurs vérificateurs des décès « d'ouvrir le ventre des femmes enceintes dans le but de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait ne pas avoir cessé ». — On avait beau dire que la profanation des corps, ou, pour être plus explicite, le moulage des corps, la conservation et l'embaumement des cadavres étaient pros- crits avant que vingt-quatre heures ne se fussent écoulées. Cette injonction aux médecins vérificateurs des décès n'en subsistait pas moins. Et alors pouvait-on raisonnablement soutenir qu'un médecin serait poursuivi en justice pour avoir ouvert le ventre d'une femme enceinte morte, dans le but de sauver un en-

fant, alors que la loi le commande formellement aux autres? Certains recommandaient tout simplement d'agir, en pareil cas, suivant les règles de l'art, et avec autorisation des familles. Devait-on se montrer d'une exigence insensée et attendre, pour agir, afin de ne courir aucun risque, les signes certains de la mort. Mais alors jusqu'à quand attendrait-on? Fallait-il, dans une exagération ridicule, prendre l'avis, avant de pratiquer l'intervention, de confrères souvent éloignés et dont la venue retarderait d'autant l'intervention?

Alors, fallait-il, dans les conclusions qu'allait adopter l'Académie, spécifier que seul le médecin était juge de la possibilité, de la nécessité de l'intervention, dans tel ou tel cas? C'est alors que de Kergaradec fit remarquer que, s'il était juste de tenter de sauver l'enfant, en cas de viabilité, une autre question se posait.

Avant six mois, l'enfant vit. Et l'Église catholique le considère comme un être entaché de péché originel, et elle exige son extraction en vue du baptême. Et il ajoutait : « Si le médecin, devant une femme enceinte morte et recélant dans son utérus un fœtus de cinq mois, se trouve en présence d'une famille qui exige son intervention et la mise au monde de l'enfant, que doit-il faire? Doit-il obtempérer aux ordres des parents et, en ce cas, encourt-il le blâme de l'Académie? Et encourrera-t-il le risque d'être poursuivi en justice? De Kergaradec demandait donc qu'une disposition législative couvrît le médecin et que l'Académie émit un vœu en ce sens. Dans la pratique, en effet, les médecins se

trouvaient dans des situations difficiles. Qui croira en effet cette histoire que raconte, en 1861, Binault :

Mandé un jour auprès d'une femme âgée de 31 ans, multipare, enceinte de 8 mois 1 2. Hémorragie très abondante par suite d'une plaie siégeant au-dessous du bord inférieur de la branche ascendante du pubis, plaie occasionnée par l'arête très aiguë du couvercle des latrines, où cette femme s'était rendue. Le col utérin est très dur, non dilaté. Difficulté de pratiquer l'accouchement forcé par version. La malade est en agonie. Prières de la famille qui demande l'extraction du fœtus, en vue du baptême. Le médecin trouve un moyen extrêmement rapide. Remplissant une seringue du liquide qui sert à ondoyer les enfants, il rompt les membranes, et injecte dans l'utérus le contenu de la seringue. L'enfant était baptisé, on pratique la césarienne avec un rasoir, dix minutes après la mort de la mère et on extrait un enfant mort.

L'Académie refusa de se ranger à l'avis de De Kergaradec. Elle répondit, fort spirituellement, qu'elle ne pouvait sortir de sa sphère pour discuter les questions religieuses ; qu'un médecin qui a le culte d'une religion est composé de deux individualités distinctes : le médecin et le croyant ; que ce que formulera un médecin catholique sera différent de ce que formuleront un médecin protestant, juif, etc...

Et l'Académie vota les conclusions suivantes : « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps d'une femme enceinte décédée un enfant qui soit dans les conditions d'aptitude à la vie extra-utérine peut et *doit* même,

médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne, en observant les préceptes de la science. »

Il ne faudrait pas croire que de telles délibérations étaient inutiles. Et certains membres avaient quelque raison d'avoir quelque appréhension, et de craindre des poursuites que la justice pourrait intenter à des médecins ayant pratiqué la césarienne.

Ainsi, au temps où Tarnier était interne, il pratiqua une césarienne post mortem sur une femme morte à la suite de méningite. Il avait assisté à la mort de la femme, avait recherché les signes de la mort. L'opération avait été recommandée par le chef de service. Néanmoins l'Assistance publique s'émut, et elle enquêta. Tarnier dut se disculper.

Il est bon, dans certains cas, de prendre ses précautions. En Italie, Rizzoli eut des ennuis au sujet d'une semblable opération. Il fit une césarienne post mortem et eut un enfant mort. Parmi les médecins experts qui recherchèrent la cause de la mort, il s'en trouvait un qui était l'ennemi de Rizzoli, et qui n'hésita pas à dire que c'était Rizzoli qui avait tué la femme, en pratiquant la césarienne. L'accoucheur réclama l'autopsie, et on reconnut que la mort était due à la rupture d'un anévrisme.

Rizzoli, après cette histoire, ne pouvait être qu'un adversaire résolu de la césarienne post mortem. C'est ce qu'il devint en réalité, ainsi qu'un partisan acharné de l'accouchement forcé post mortem.

Avant de pratiquer la césarienne post mortem, il faut s'assurer du consentement du mari ou des parents. Cette

condition est nécessaire, pour certains auteurs. Mais la plupart du temps, l'accoucheur pratique la césarienne à un moment tout à fait imprévu, et il lui est donc impossible d'avoir l'autorisation prescrite, si la malade n'est pas morte chez elle. Quand la malade meurt en son domicile, la chose est possible. Mais, à l'hôpital, à la clinique, les parents ne sont pas, la plupart du temps, présents. Force sera bien, dans ce cas, de faire la césarienne, sans autorisation, surtout si l'on entend les bruits du cœur fœtal.

Quelques auteurs recommandent de prendre l'avis de quelque confrère, avant de pratiquer l'opération. Oui, si un confrère est sur les lieux. Mais, s'il n'y en a pas, perdra-t-on un temps précieux à aller en quérir un ?

Il est nécessaire que le public fasse confiance à l'homme de l'art, et qu'il sache bien que, si le médecin pratique cette opération, c'est dans le but de sauver un être vivant.

Nous avons vu que l'Académie de médecine, en 1861, avait considéré comme un devoir pour le médecin d'extraire post mortem un enfant vivant. Mais supposons que la famille de la morte s'oppose à cette intervention. Que doit faire l'accoucheur ? Mattei recommande d'opérer, ou, si la famille s'y oppose par la force, de protester verbalement ou par écrit, au nom de l'humanité. Il ne faudrait pas croire que jamais pareille situation ne se soit produite. Voici une observation, résumée, publiée par M. Chambrelent :

Femme âgée de 41 ans ; quatrième grossesse.

Trois grossesses antérieures terminées à terme. A, depuis

quelques années, de fréquentes crises d'asthme. Depuis sa dernière grossesse, a eu plusieurs crises d'asthme qui ont nécessité l'intervention énergique du médecin. Traitement institué par Chambrelent. Enfin, une nuit, elle succombe au milieu d'une crise violente. Le médecin qui assistait à la mort, et qui entend les bruits du cœur fœtal, propose la césarienne. La famille refuse catégoriquement.

Nous n'avons pas trouvé de documents ni d'opinions récents sur la question. Mais, à notre humble avis, il nous apparaît que, devant le refus de la famille, après avoir insisté sur la possibilité ou la certitude d'avoir un enfant vivant, le médecin doit se retirer en protestant. Il ne doit pas — il est inutile d'insister — intervenir malgré l'opposition de la famille présente, car ce serait donner lieu à une scène scandaleuse.

Les auteurs recommandent d'intervenir sur la morte avec les mêmes précautions que sur la vivante. Ces interventions peuvent avoir lieu avec toutes les précautions désirables dans un hôpital ou une clinique, où on trouvera, à la minute, des aides, des instruments stérilisés. Il n'en est pas de même dans la clientèle de ville ou de campagne. Là, on pratique la césarienne rapidement, en fait : Si le médecin opère sur une femme morte à la suite d'un traumatisme violent, jambes broyées, crâne fracassé, etc... il n'est point besoin de prendre ce luxe de précautions. Si la femme est morte à la suite d'une maladie infectieuse, avec longue agonie, si le médecin a assisté au dernier soupir, il faudra opérer comme plus haut. Si la femme est morte avant

l'arrivée du médecin, il devra s'enquérir rapidement des caractères de l'agonie, rechercher tous les signes de la mort, et opérer sans hésitation. Ce n'est que dans des cas tout à fait douteux, à la suite de coma éclamptique, par exemple, qu'il pourrait hésiter.

Il faudrait craindre, en effet, disent les vieux auteurs, que la mort ne soit qu'apparente. Il en existe de très vieilles observations, à l'époque où l'auscultation n'existait pas, où les procédés d'investigation clinique étaient peu développés et peu précisés.

Et comme les cas signalés firent grand bruit à l'époque, certains auteurs préconisèrent la césarienne sur les mourantes ou l'accouchement forcé post mortem ou pendant l'agonie.

Mais l'opération césarienne pendant l'agonie met-elle le médecin plus à couvert ? Il est bien évident qu'on devra obtenir le consentement de la mère, si elle a encore quelque connaissance, ou celui du mari, si la femme est dans le coma.

Runge, Spiegelberg et Zweifel recommandent de pratiquer cette opération, lorsqu'on est tout à fait sûr du décès prochain de la mère, aussitôt que la femme entre en période d'asphyxie, ou dès que l'hyperthermie se manifeste, ou qu'il y a abaissement de la pression artérielle.

S'il faut être absolument certain que l'affection dont la mère est atteinte est cause irrémédiable de mort prochaine, c'est pour ne pas encourir le reproche d'être un individu inhumain, et de se désintéresser du traitement

de la mère, tout en voulant sauver un enfant dont la survie est problématique.

Précisément parce que les cas où on a à intervenir sont mal réglés, mal précisés, certains accoucheurs restent méfiants et se refusent à cette pratique. Ils font la césarienne post mortem.

Il ne faudrait pourtant pas, dit Winckel, porter la prudence jusqu'à la méfiance. Pour juger si l'intervention doit avoir lieu ou non, il faut que l'accoucheur prenne l'avis de plusieurs confrères, et qu'ils portent le diagnostic de mort certaine et prochaine. Il y a, dit-il, des cas où le doute n'est pas permis : dans les tumeurs malignes du cerveau, la mort de la mère est certaine : la césarienne pendant l'agonie est donc formellement indiquée.

En tout cas, on devra suivre, si l'on juge que la femme ne mourra pas sur l'heure, la technique classique et minutieuse de la césarienne sur une femme vivante : on fera l'opération aseptiquement, on enlèvera la placenta, on fera les sutures, etc...

On comprend qu'il faille prendre toutes ses précautions. Les deux cas suivants le démontrent : En 1858, trois médecins de Breslau font une opération césarienne pendant l'agonie, et ont un enfant mort. Le mari de la mourante avait donné l'autorisation. On accusa les trois médecins d'avoir tué la femme. Sur un rapport des experts commis, ils furent condamnés en première instance ; mais, en deuxième instance, après avoir donné les raisons qui avaient dicté leur conduite, ils furent acquittés.

Cette histoire ne fut pas pour communiquer de l'enthousiasme aux partisans de la césarienne.

En 1902, Lichtenauer pratique l'opération césarienne sur une femme qui avait reçu deux coups de couteau de son mari, qui avait eu une perforation intestinale, une péritonite. Il obtint un enfant vivant ; mais, comme il était débile, il ne survécut pas. Devant le tribunal, le défenseur du mari soutint que la mort de la femme avait été le résultat de l'intervention du chirurgien.

Ces observations montrent qu'on ne saurait être trop prudent, puisqu'on peut être accusé d'avoir abrégé la vie de la femme ou même de l'avoir tuée. Le césarienne pendant l'agonie devra donc être faite après une consultation de médecins et absolument comme sur une vivante.

Il est donc évident que cette opération ne sera pas souvent possible. Elle ne pourra être faite que dans les grands centres. L'accoucheur de petite ville ou de campagne ne doit pas faire de césarienne pendant l'agonie : sa responsabilité serait trop en jeu, à cause des précautions qu'il n'aurait pas prises et qu'il ne pourrait prendre. Il pourrait être poursuivi en justice.

Quant à l'accouchement forcé post mortem ou pendant l'agonie, il a été justement indiqué et préconisé parce qu'il met le médecin à l'abri des poursuites judiciaires. Il n'y a donc que peu de choses à en dire au point de vue médico-légal. Pourtant, un accouchement forcé pendant l'agonie peut également abrégé la vie de la femme en créant une déchirure utérine, comme

nous l'avons vu ; on lui a même reproché de causer la mort rapide de la femme par syncope réflexe.

Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'au point de vue de la responsabilité, il n'y a presque rien à craindre. Le médecin met sa responsabilité à l'abri, en pratiquant une opération, dont le succès est aléatoire, au point de vue de l'enfant, mais qui ne peut lui causer, à lui, aucun ennui.

Au point de vue responsabilité, c'est une solution intermédiaire entre faire une opération où il y a des risques à courir et ne rien faire du tout.

La conclusion est facile à tirer. La césarienne post mortem est une opération assez mal acceptée des familles, et qui engage la responsabilité du médecin. La césarienne pendant l'agonie est encore moins bien acceptée des familles et engage davantage encore la responsabilité du médecin. L'accouchement forcé étant une opération moins grave, le médecin donne peu de prise à la critique et les ennuis qu'il peut éprouver sont réduits au minimum.

QUELQUES OBSERVATIONS DE CÉSARIENNE POST MORTEM

Les remarques qu'elles soulèvent.

Nous n'avons pas songé, en reproduisant les observations qui suivent, à établir nous aussi, après Blanc Winckel, Bauer et Dicke, une statistique de césariennes post mortem plus brillante que la leur. Nous n'avons point pu recueillir assez d'observations pour établir une statistique importante. Nous avons d'ailleurs suffisamment répété, croyons-nous, que les statistiques, prises en bloc, n'ont point la valeur qu'on veut leur attribuer, à cause des cas tout à fait dissemblables qu'elles rassemblent.

Pour recueillir les observations, nous avons cherché dans les plus importants services d'accouchement de Paris, les cas de césarienne post mortem qu'on avait pu pratiquer. Nous en avons trouvé fort peu. Nous y avons joint quelques cas que nous avons trouvés dans l'article de M. le Dr Rudaux (*Archives générales de médecine*, 1905) et qui sont tous récents, sauf deux. Il va sans dire que nous n'avons éliminé aucune observation, quelle que fût sa valeur.

Nous préférons, là encore, discuter une à une ces

observations, faire les remarques qui découleront de la discussion.

Dans l'observation I, est relaté le cas d'une femme qui était enceinte de 8 mois $1/2$ et chez laquelle on a eu un enfant vivant. La mort a été subite, la césarienne exécutée de suite. L'enfant n'a même pas eu besoin d'être ranimé. Résultat excellent.

Dans l'observation II, c'est une femme enceinte de 8 mois $1/2$ qui meurt subitement. Conditions excellentes pour avoir un enfant vivant. L'accoucheur essaye l'accouchement forcé. Mais il est obligé de l'abandonner, à cause de la rigidité du col, bien que la femme soit une secundipare et près du terme. Quel argument pour les adversaires de l'accouchement forcé ! On perd quelques minutes à cette opération. On pratique enfin la césarienne et on obtient un enfant en état de mort apparente. Les bruits fœtaux étant très bien percées à la mort de la femme, il est très probable que la cause de l'état de mort apparente de l'enfant est la perte de temps occasionnée par la tentative d'accouchement forcé.

Dans l'observation III, on a obtenu un enfant vivant bien que le fœtus ait été extrait à 7 mois seulement.

L'observation IV présente plus d'intérêt. La femme, chapelière, était atteinte d'intoxication mercurielle chronique. Les bruits du cœur fœtal étaient mal frappés. On juge, après examen, la dilatation du col, qui est très long, très pénible et on extrait, par césarienne, un enfant qu'on insuffle pendant une heure et demie pour le ranimer. Il est certain qu'avec l'accouchement

orcé, avec une dilatation pénible, on aurait eu un enfant qui aurait été sinon mort-né, du moins difficilement ranimé,

Dans l'observation V, excellent résultat avec la césarienne. Extraction d'un enfant de 3.500 grammes qui respire et crie spontanément.

L'observation VI relate le cas d'une femme enceinte, dans le courant du neuvième mois, qui a eu la fièvre typhoïde deux ans à peine avant sa grossesse actuelle et qui, depuis deux mois, a des crises d'asytolie. Par conséquent le fœtus a souffert pendant ces deux mois. Mort subite de la femme. Césarienne dix minutes seulement après la mort, alors que les battements fœtaux ont disparu, à l'auscultation. Extraction d'un enfant de 3.410 grammes qui n'est ranimé qu'au bout de vingt minutes. L'intervalle de temps, dix minutes, qui a séparé le moment de la mort de celui de la césarienne est probablement la cause de la mort apparente de l'enfant, qui souffrait déjà dans l'utérus, depuis longtemps.

Dans l'observation VII, nous avons un enfant mort. Mais ce résultat n'a rien qui doive surprendre, attendu que, depuis un mois et demi environ, la femme faisait les frais d'une suppuration étendue des deux reins, et que, lors de l'extraction de l'enfant, il y avait huit jours que la mère était dans le coma. L'enfant, du poids de 1.550 grammes, n'était d'ailleurs pas viable.

Dans l'observation VIII, résultat excellent. Césarienne pratiquée dans les meilleures conditions, donnant un enfant d'un poids très inférieur à la normale : 2.420 grammes.

Dans l'observation IX, nous mentionnons un mauvais résultat qui ne s'explique pas suffisamment par les troubles asphyxiques de la femme, pendant les vingt-cinq minutes qui précédèrent sa mort. Il est vrai de dire que si l'enfant ne survécut pas, ce fut peut-être à cause de sa débilité, car si nous n'avons pas l'âge exact de la grossesse, nous savons du moins que l'utérus remontait seulement à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Dans l'observation X, résultat excellent, chez une femme enceinte de 8 mois $1/2$, atteinte d'une affection dont le fœtus n'a pas eu à souffrir. La césarienne est faite huit minutes après la mort, et donna naissance à un enfant du poids de 3.100 grammes qui respira immédiatement.

L'observation XI n'est intéressante qu'à cause de la longue survie du fœtus. L'auscultation a été très attentive, les instants très bien notés ; les bruits du cœur furent entendus encore trente minutes après la mort de la mère. La femme était enceinte de 6 mois $1/2$ à peine. Le fœtus avait peut-être même souffert dans l'utérus ; le placenta, qui pesait 450 grammes, à 6 mois $1/2$ à peine, faisait songer à la syphilis.

Dans l'observation XII, nous sommes en présence du cas d'une femme qui avait eu de fréquentes crises d'asystolie, du mois d'avril au mois d'août, environ quatre ou cinq. A chaque crise, la digitale avait de moins en moins d'effet sur le cœur. Le fœtus ressentait, à chaque fois, les effets du mauvais état de la mère. L'accouchement forcé ne fut même pas tenté, bien que la dilatation fût

égale au diamètre d'une pièce de cinq francs, parce que la femme était une primipare, et qu'on n'entendait plus, aussitôt après la mort, les bruits du cœur fœtal. La césarienne, pratiquée environ deux minutes après la mort de la mère, donna un enfant qui eût besoin d'être ranimé; son poids n'était que de 2.400 grammes. Mais néanmoins il se développa très bien par la suite.

Il est à remarquer—c'est d'ailleurs un pur hasard—que toutes les césariennes mentionnées ci-dessus, sauf deux, furent pratiquées sur des femmes enceintes de 8 mois au moins, les unes dans le courant du huitième mois, d'autres dans le courant du neuvième mois.

Il est à remarquer également qu'elles furent faites, soit quelques minutes après la mort, soit dix minutes après.

Il y eut des cas où l'enfant eut besoin d'être ranimé (obs. II, IV, VI, VIII, XII). Des soins peu prolongés le raniment (obs. VI, VIII). Lorsque des soins répétés et longs sont nécessaires, c'est soit parce que la césarienne n'a pas été immédiate (obs. II, VI), soit parce que la femme était atteinte d'une affection dont les effets retentissaient gravement sur le fœtus (obs. IV, XII).

Remarquons aussi que dans la moitié de ces cas environ, le fœtus a quelque peu souffert de la maladie de la mère, et qu'il fallait une intervention hâtive pour sauver l'enfant.

Nous éliminons de ces cas l'observation XI, car nous avons dit qu'avant sept mois le fœtus n'était pas viable. C'est le résultat seul de la césarienne qui nous

intéresse au point de vue du pourcentage des survies, si nous voulons donner une statistique.

Sur onze cas, nous avons dix enfants extraits vivants. Et sur ces dix enfants extraits vivants, nous avons neuf enfants qui survivent. Le pourcentage, qui fixera les idées, et que nous indiquons dans cette unique intention, sans y attacher autrement d'importance, est celui-ci : enfants vivants : 90 0/0, enfants survivants : 82 0/0.

OBSERVATIONS

Observation I

(In article : RUDAUX. *De la mort subite pendant la puerpéralité.*)
Mort subite pendant la grossesse chez une femme atteinte de cardiopathie congénitale. Césarienne post mortem. Enfant vivant.

G..., 23 ans, entre à la Maternité, enceinte de sept mois et demi. Elle présente une teinte bistrée de la muqueuse labiale, une légère cyanose des extrémités supérieures. Cet état est, paraît-il, habituel.

Elle a eu deux grossesses antérieures, terminées spontanément à terme.

Elle a eu des bronchites répétées.

Elle meurt subitement, enceinte de huit mois et demi, en travaillant. La césarienne est exécutée immédiatement.

L'enfant est vivant. Il vécut jusqu'à l'âge de 15 ans.

L'autopsie de la mère révéla : un cœur volumineux, une oreillette droite distendue par du sang noir coagulé, une oreillette gauche volumineuse. La membrane de Botal était très mince, éraillée, et présentait un orifice en forme de croissant,

faisant communiquer les deux oreillettes. Les deux poumons étaient congestionnés.

Observation II

Mort subite d'une femme enceinte de huit mois et demi environ. Échec de l'accouchement méthodiquement rapide. Césarienne. Enfant vivant.

(In Thèse de MORTAGNE : *De l'accouchement méthodiquement rapide*. Paris, 1897.)

S..., âgée de 41 ans, secondipare.

Meurt subitement. Après la mort, on entend les bruits du cœur fœtal qui sont irréguliers, mais nets et bien frappés.

Pendant qu'on prépare les instruments pour faire la césarienne, on tente l'accouchement forcé par les voies naturelles. On fait la dilatation manuelle du col ; mais sa consistance est presque aussi ferme qu'à l'état normal, chez une femme non enceinte. Les essais sont infructueux. Quelques minutes après, on pratique l'opération césarienne, avec le même soin que sur une femme vivante.

Dix minutes après la mort de la mère, on extrait un enfant en état de mort apparente. Il pèse 2.320 grammes, il est ranimé au bout de trois quarts d'heure, après insufflation, bains et inhalations d'oxygène.

Observation III

(In article de RUDAUX : *Mort subite de la femme pendant la puerpéralité*). Enfant vivant.

F..., enceinte de sept mois, reçoit un coup de pied sur les fesses, qui la renverse. Immédiatement après se forme un throm-

bus du vagin. La sage-femme, appelée, essaie de réduire la tumeur. Plusieurs tentatives de réduction rompent la poche. Des caillots et une grande quantité de sang liquide s'écoulent.

La mort est très rapide. On fait immédiatement la césarienne. On extrait un enfant vivant.

Observation IV

Mort subite par hémorragie péritonéale chez une femme enceinte de huit mois. Césarienne post mortem. Enfant vivant. (MAYGRIER. Progrès médical, 1879).

M..., 32 ans, entre à l'hôpital le 3 mai. Elle présente des symptômes d'intoxication mercurielle : tremblement, gingivite, chute des dents. Depuis dix-huit mois, intensité plus grande des symptômes.

Il y a dix ans, première grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant, qui meurt quelques mois après.

Seconde grossesse, actuelle. L'enfant est vivant, les bruits du cœur sont faibles.

Elle présente de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs. On la met au traitement à l'iodure de potassium, bains sulfureux. Quelques jours après, mort en syncope. Les bruits du cœur fœtal sont bien frappés, nets.

Le col de l'utérus est long, à orifice interne fermé. On juge la dilatation trop pénible et trop longue.

On incise la paroi, le péritoine. Irruption de liquide sanguinolent et de caillots. L'utérus est ouvert. On extrait un enfant du sexe masculin. Le cœur bat. L'enfant ne respire pas. On fait des insufflations. Il est ranimé au bout d'une heure et demie. L'autopsie de la mère révèle : un cœur en syncope ; pas une

goutte de sang. Le ventricule droit est affaissé; dans la cavité abdominale, sang et caillots. Une branche de la veine splénique, bifurquée, s'anastomose avec la veine rénale droite. Cette anastomose présente une énorme perforation. Caillots dans l'arrière-cavité des épiploons.

Observation V

Mort subite dans les derniers jours de la grossesse. Césarienne post mortem. Enfant vivant.

(In article de RUDAUX : *Mort subite pendant la puerpéralité.*)

Femme de 28 ans. A 20 ans, première grossesse terminée spontanément, à terme.

Lors de son entrée, est à terme. Hauteur de l'utérus : 33 centimètres. Douze jours après son entrée, meurt subitement. Essais vains de rappel à la vie.

La sage-femme constate l'existence des bruits du cœur fœtal, qui vont en s'affaiblissant. La césarienne est immédiatement exécutée. L'enfant est extrait. Il pèse 3.500 grammes. Il respire spontanément et crie.

L'autopsie révéla de la congestion des poumons, un cœur gras, des reins congestionnés, un foie gros, donnant du sang noir.

Observation VI

Mort rapide au cours d'une crise d'asystolie dans le courant du neuvième mois. Césarienne post mortem. Enfant vivant.

(In article de RUDAUX : *Mort subite pendant la puerpéralité.*)

Femme de 33 ans. Mère morte d'affection cardiaque pendant une grossesse.

A 19 ans, première grossesse. Terminaison spontanée à terme.
A 31 ans, fièvre typhoïde.

Redevient enceinte en 1902. A partir du septième mois, troubles dyspnéiques. Dans le service, a une crise d'asystolie. Cyanose.

Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

Quelques jours après la crise, nouvel accès de dyspnée. Dix minutes après, mort.

On prépare les instruments pour la césarienne. On ausculte le cœur fœtal. Pendant dix minutes, battements précipités. Puis ils cessent d'être entendus. Césarienne. Enfant extrait en état de mort apparente. Poids : 3.110 grammes. Ranimé au bout de vingt minutes. Température : 35°7. Mis en couveuse. Reste débile pendant plus d'un mois. Chaque jour, injections de sérum artificiel. Bains sinapisés. Prend seulement dix-neuf jours après sa naissance le sein de la nourrice.

L'autopsie de la femme révéla de la congestion des deux poumons, des lésions d'endocardite ancienne et de myocardite.

Observation VII

*Double pyélonéphrite gravidique suppurée à coli-bacilles
Césarienne post mortem. Enfant mort.*

(In *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1905. Communication
de MM. JEANNIN ET CATHALA.)

D..., 25 ans, entre dans le service le 11 avril 1905. Enceinte de 7 mois. Présente de la stupeur, céphalée vive, aspect d'une patiente en menace d'éclampsie.

Rien dans le liquide céphalo-rachidien. On pense à une méningite cérébro-spinale et aussi à la syphilis. Traitement spécifique.

21 avril. — Les bruits du cœur fœtal semblent normaux.

Mais auscultation douteuse, à cause de la fréquence du pouls maternel.

22 avril. — Agonie.

2 mai. — Mort dans le coma. Césarienne post mortem. Enfant mort, pesant 1.550 grammes.

Autopsie fœtale : Dans le péritoine, sérosité sanguinolente. Hémorragies sous-capsulaires du foie.

Autopsie de la mère : Broncho-pneumonie pseudo-lobaire droite. Tissu hépatisé. Reins volumineux. Dans les bassinets, liquide purulent. Foyers purulents dans substances corticale et médullaire. Lésions de néphrite. Amas leucocytaires et de colibacilles.

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr BONNAIRE. Service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière, 1907). *Enfant vivant.*

C..., âgée de 16 ans. Primipare. Bassin justo-minor. Grossesse datant de huit mois environ.

Meurt dans le bain. Ramenée sur un lit, on tente respiration artificielle, éther, etc., en vain.

Cinq minutes après la mort, on ausculte le cœur fœtal. On entend les bruits. Césarienne immédiate. Enfant extrait en état de mort apparente. Ranimé au bout de cinq minutes. Poids : 2.420 grammes. Poids du placenta : 350 grammes.

L'autopsie de la mère ne révéla pas la cause de la mort.

Observation IX.

(Due à l'obligeance de M. le Dr PORAK.
Service de la Maternité.) *Enfant vivant.*

M..., âgée de 25 ans, primipare.

Jamais malade. Premières règles à 16 ans.

Première grossesse, actuelle. Dès le début, a des varices du membre inférieur droit. Le 5 mars, vive douleur dans le mollet droit. Continue son travail. Le 13, vient consulter. Le 14, entre dans le service, parce qu'elle a au niveau de la partie inférieure de la jambe droite de la rougeur, du gonflement, autour de nodosités variqueuses très apparentes. Traitement : pansements humides.

Examen obstétrical : Utérus remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Bruits du cœur fœtal perçus.

22 mars. — En descendant de son lit, crise de dyspnée intense, avec angoisse précordiale et sensation de constriction thoracique. Gêne respiratoire marquée. Quelques mouvements convulsifs. Un quart d'heure après, amélioration, dyspnée moins vive. Dix minutes après, cyanose de la face, angoisse, inspirations très profondes, pauses expiratoires longues. Pouls filiforme, incomptable. Toute perception des impressions extérieures a disparu. Mort, à 7 h. 20. A 7 h. 25, la sage-femme constate la persistance des bruits du cœur fœtal, très atténués. Césarienne immédiate. Enfant extrait en état de mort apparente. Ranimé après vingt minutes : insufflation et passage dans des bains successifs chauds et froids. Meurt deux heures après.

Observation X (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr CATHALA,
Clinique Tarnier, 1907.) *Enfant vivant.*

O..., secondipare, est reçue le 13 décembre 1907 à la Clinique Tarnier. Elle est envoyée par son médecin parce qu'elle est enceinte de huit mois et demi environ et qu'elle présente depuis un mois des accidents d'origine cérébrale dont la cause est mal déterminée. Ignorant la nature exacte de la maladie, on met la femme en observation dans une chambre d'isolement.

Le 18 décembre, la malade, qui recevait la visite de sa sœur, se plaint subitement d'une vive douleur de tête, porte la main à l'occiput et retombe inerte sur son lit.

On prévient immédiatement M. Cathala, qui se trouvait à la Clinique. Il monte aussitôt, et constate la mort de la femme. A l'auscultation, il perçoit les battements du cœur fœtal, qui sont nets.

La césarienne est pratiquée environ huit minutes après la mort. L'enfant extrait est vivant et crie presque immédiatement. Il est du sexe masculin et pèse 3.100 grammes. Il est sorti bien portant de la Clinique, le 29 décembre. Il est élevé au sein et se développe normalement (10 février 1908).

L'autopsie de la mère révéla un sarcome du cervelet.

Observation XI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr BOISSARD, Service de l'hôpital Tenon.)

Femme entrée dans le service le 11 février 1908.

Première et deuxième grossesses à terminaison spontanée, enfants vivants.

Troisième grossesse : avortement à deux mois.

Suivent trois grossesses à terme : trois enfants vivants.

Suivent trois avortements de un mois à six semaines.

Grossesse actuelle (10^e). Dernières règles : fin juillet. Mouvements actifs perçus en janvier. Albumine dans les urines. Utérus dépassant la symphyse de 5 travers de doigt. Les mouvements actifs et les bruits du cœur sont perçus. Le col utérin est résistant, à peine perméable.

L'utérus est vide d'eau, dur, rétracté.

Au cœur, on diagnostique un rétrécissement mitral.

A minuit 25, le 15 février, syncope et mort. Les bruits du cœur fœtal sont encore entendus trente minutes après la mort.

On fait la césarienne à 1 heure 5 du matin. On extrait un fœtus n'ayant esquissé aucun mouvement inspiratoire. Poids 750 grammes.

Il présente du rachitisme intra-utérin des membres inférieurs, et une malformation du médus de la main gauche.

Le placenta est gros, 450 grammes, spécifique (?). Placenta bordé, avec atrophie et rétraction des membranes, qui font songer à un placenta de fœtus extra-membraneux.

En ouvrant l'utérus et en incisant le placenta, il n'y a pas eu d'écoulement de liquide amniotique. Le fœtus était comme aplati, pelotonné, avec des empreintes de compression comme dans le cas d'oligo-amnios.

Observation XII (Inédite et personnelle).

Enfant vivant.

B... M..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital d'Orléans, service de médecine, le 21 avril 1907, pour troubles dyspnéiques, essoufflement, etc... Elle est enceinte de 6 mois 1/2 environ.

Issue de parents rhumatisants, elle a eu, pendant son adolescence, plusieurs atteintes graves de rhumatisme articulaire aigu.

A son entrée, on constate de la dyspnée, de la congestion pulmonaire, un souffle intense au premier temps, à la pointe, se propageant dans l'aisselle, de l'arythmie, de l'œdème des jambes, des urines rares, légèrement albumineuses. Mise au régime lacté, au traitement digitalique ; au bout de quelques jours, la congestion pulmonaire s'atténue, le pouls se régularise ; mais toutes les trois semaines environ, sous l'influence d'un refroidissement léger, d'un peu de fatigue, ou sans cause apparente, la malade entre à nouveau en crise d'asystolie. La digitale, ainsi que tout autre médicament cardiaque, agit de moins en moins à chaque crise. Malgré ces crises, l'albumine qui avait toujours été en quantité impondérable dans les urines, disparaît complètement, et, au moment de l'accouchement, il y avait plus d'un mois que toute trace d'albumine avait disparu.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 août, vers 6 heures du matin, la malade, enceinte de 8 mois $1/2$, est prise des douleurs du travail.

L'enfant se présente en O.I.G.A. A 8 heures, le toucher vaginal révèle l'effacement du col et un début de dilatation. Vers 10 heures du matin, la dilatation est équivalente au diamètre d'une pièce de 2 francs. La malade est transportée à la maternité, et ordre est donné de la surveiller à la période d'expulsion, vu la lésion cardiaque.

De 10 heures du matin à midi et demie, les douleurs sont peu vives et peu fréquentes.

A midi et demie, la malade s'écrie qu'elle va se trouver mal. Elle essaie de s'asseoir, se rejette complètement en arrière, et a, paraît-il, deux ou trois mouvements convulsifs. Quelques secondes après, on mande l'interne.

Le visage de la malade est cyanosé, la respiration spasmodique.

Nous arrivons et tentons respiration artificielle, tractions de la langue, éther, etc., en vain. Il s'écoula à peu près deux minutes entre le début de la crise et la mort.

Nous auscultons le cœur de la mère. Aucun bruit. Nous auscultons le cœur fœtal : même résultat.

Nous faisons la césarienne. Pas de sang à l'incision de la paroi abdominale. Incision de l'utérus, du placenta inséré sur la face antérieure. Extraction d'un enfant du sexe féminin, qui naît étouffé ; deux ou trois insufflations, et il est ranimé.

Longueur de l'enfant : 0 m. 48. Poids : 2.400 grammes. Au onzième jour : 2.740 grammes. Au vingtième jour : 2.950 grammes. — Actuellement, élevé au sein, l'enfant se porte bien (20 février 1908).

Le placenta, du poids de 500 grammes, présentait quelques petits noyaux fibrineux. Le cordon était grêle.

L'autopsie révéla : un cœur gros, à ventricule gauche hypertrophié et dilaté, à valvule mitrale très atrophiée, transformée en une production presque calcaire très adhérente aux piliers par les fibres tendineuses ; à ventricule droit très dilaté. Les cavités droites du cœur ainsi que l'oreillette gauche remplies de caillots. Les reins étaient simplement congestionnés. Foie cardiaque. Poumons congestionnés. Cicatrices fibreuses de bacillose, aux sommets.

Nous en avons conclu que la mort était due à une crise d'asystolie suraiguë, vu la rareté de la syncope dans l'insuffisance mitrale, l'aspect asphyxique qu'avait présenté la mourante, et la thrombose cardiaque constatée à l'autopsie.

CONCLUSIONS

1° L'accouchement méthodiquement rapide est l'opération de choix lorsque, chez la femme mourante ou morte, le travail en est à la période d'expulsion, avec une tête première surtout, la rétraction du col n'étant pas un accident possible, dans ce cas-là ; ou chez une multipare, lorsque le col est presque entièrement dilaté : la rétraction du col sur la tête dernière est à redouter, si l'on fait la version ; une application de forceps sur la tête haute est très mauvaise et très pénible. L'accouchement forcé reste l'opération la plus facilement acceptée des familles.

2° L'opération césarienne sur les mourantes, qui est, théoriquement, la plus rationnelle, la plus grave au point de vue de la responsabilité médicale, difficilement acceptée par les familles, opération qui doit être pratiquée avec le même soin que la césarienne conservatrice sur une femme en bonne santé, entrera difficilement, pour toutes ces raisons, dans la pratique.

3° L'opération césarienne post mortem est indiquée :

1° quand la femme est dans le courant du septième mois de la gestation ; 2° quand il ne s'est pas écoulé plus d'une heure depuis la mort. Plus facilement acceptée des familles que la précédente, moins susceptible d'entraîner des désagréments pour le médecin, elle est la plus rapide et la moins dangereuse pour l'enfant, surtout en cas de mort rapide à la suite de traumatisme ou de mort rapide après maladie, sans long coma.

En somme, elle est, dans la plupart des cas de mort, l'opération de choix.

Vu : le Président de la thèse

PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BAR, BRINDEAU ET CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements. Tome II.
- BAR. — Leçons de pathologie obstétricale. Paris, 1900.
- BERLIN. — De l'opération césarienne. Paris, 1890.
- BINAULT. — De l'opération césarienne post mortem, in *Gazette des hôpitaux*, 1861.
- BLANC. — De l'opération césarienne post mortem considérée au point de vue purement médical. *Thèse Montpellier*, 1881.
- BONNAIRE. — Article in *Presse médicale*, 5 octobre 1907.
- BROCHIN. — Sur la séance de l'Académie de médecine Paris (à propos de la césarienne post mortem) in *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1861.
- CAUSABON. — Article in *Journal général de médecine*, 1794.
- CAZEAX. — Traité théorique et pratique des accouchements, Paris, 1856.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements. Tome II, Paris, 1883.
- CLAVERIE. — De l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles (post mortem). *Thèse Paris*, 1895.
- DELIGNY. — A propos de l'opération césarienne post mortem, in *Journal de médecine de Paris*, 1889.

- DEVILLE (Constant). — Indications actuelles de l'opération césarienne conservatrice ou non. *Thèse Paris*, 1898.
- DESLANDES (Louis-François). — Les accidents gravido-cardiaques, *Thèse Paris*, 1896.
- HALLER. — Éléments de physiologie. Tome III. Lausanne, 1766.
- HEYMANN. — Die Entbindung lebloser Schwängern mit Beziehung auf die *lex regia*. Coblentz, 1832.
- HUBERT. — Traité d'accouchements. Tome II, 1878.
- JEANNIN ET CATHALA. — Pyélonéphrite gravidique suppurée à coli-bacilles, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1905.
- LEMARIEY. — Éclampsie pendant la grossesse. Mort. Césarienne post mortem, in *Gazette des hôpitaux*, 1861.
- LÉOPOLD. — Indications de l'opération césarienne, in *Annales de gynécologie*, octobre 1899.
- LEGALLOIS. — Expériences physiologiques tendant à faire connaître le temps durant lequel les animaux, etc... Paris, 1835.
- MANASSE (A.). — Sectio cæsarea in agone. *Thèse Berlin*, 1885.
- MILLOT. — De l'obstétrique en Italie. Paris, 1882.
- MORTAGNE. — De l'accouchement méthodiquement rapide. *Thèse Paris*, 1897.
- OTTERBOURG. — De l'opération césarienne après la mort, in *Gazette des hôpitaux*, 1861.
- PESTALOZZA. — Indications de l'opération césarienne, in *Annales de gynécologie*, août-septembre 1899.
- PHILIPPE PEU. — La pratique des accouchements. Paris, 1694.
- PORAK. — De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. *Thèse Paris*, 1880.
- POTOCKI. — De l'opération césarienne, in *Annales de gynécologie*, mars-avril-mai-juin 1886.
- PINARD. — Indications de l'opération césarienne, in *Annales de gynécologie*, septembre 1899.
- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — Traité d'obstétrique.
- RIGAUDEAUX. — Article in *Journal des savants*, 1749.
- RIZZOLI. — Cliniques chirurgicales (mémoires de chirurgie et d'obstétrique), traduction Andréini. Paris, 1877.

- RÉMY. — Quelques considérations sur la conduite à suivre dans l'agonie des femmes enceintes, in *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1894.
- RUNGE. — Article in *Zeitschrift für geburtshülfe und gynécologie*, Bd. IX.
- TARNIER. — Possibilité de pratiquer un accouchement rapide pendant l'agonie ou post mortem, in *Gazette médicale*, Paris, 1894.
- *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1870.
- TARNIER, CHANTREUIL ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements. Tomes II et IV.
- THÉVENOT. — De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne post mortem, in *Annales de gynécologie*, 1878.
- WINCKEL. — Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig, 1888.
- Handbuch der Geburtshülfe. Tomes II et III.
- *Aertzliche Rundschau*, 1893.
- VITANZA. — *Riforma medica*. Naples, 1892, tome VIII.
- Consulter également :
- *Bulletino delle scienze mediche*. Bologna, 1859, 4^e série. Tome XI.
- *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1861. (Discussion à propos de l'opération césarienne post mortem. Séances de l'Académie de médecine de Paris.)
- *Archives générales de médecine*, 1905. (Article de RUDAUX : Mort subite pendant la puerpéralité.)